



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade
Humana



Psicomotricidade na Promoção de Competências Pessoais e Sociais

**Intervenção com crianças em contexto institucional e escolar e com
idosos em contexto institucional**

**Dissertação elaborada com vista à obtenção de Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora**

Orientadora: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Júri:

Presidente

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Professora Doutora Inês Nobre Martins Camacho

Carlota Mendonça Teves
2013

"A menos que acredite em si mesmo, nada fará;
este é o caminho do sucesso."

Jonh D. Rockefeller Jr.

Agradecimentos

E tendo chegado ao fim deste percurso, o meu muito obrigado a todos os que de maneira direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho. Em especial...

...aos meus pais pelo apoio e incentivo incondicional, e por tornarem possível a realização deste Mestrado;

...ao meu namorado pelo apoio, paciência, e suporte emocional nas horas mais complicadas;

...a todos os meus amigos(as) e família pela paciência e pelo apoio nos momentos de maior frustração;

...à minha colega de estágio Sara Melo, pela amizade, apoio, empenho, disponibilidade, pela força transmitida nos momentos bons e menos bons e pela partilha em todas as horas de trabalho conjunto.

...à minha orientadora de estágio, Professora Doutora Celeste Simões, pelo apoio, disponibilidade, dedicação e aconselhamento ao longo deste período;

...às Psicólogas da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, pelo apoio e transmissão dos seus conhecimentos, em especial à Dr.^a Ana Mourato e à Dr.^a Catarina Abreu, com quem tive o prazer de estar mais próxima;

...à Dr.^a Paula Abreu do Centro de Dia de São Francisco Xavier, pela confiança depositada no nosso trabalho, e a todos os funcionários e voluntários pelo apoio demonstrado;

...ao Dr.^o António Santinha e a toda a equipa da Casa da Fonte pelo acolhimento e disponibilidade, e em especial à Educadora Marília Pereira que nos acompanhou mais de perto;

...à Dr.^a Carla Gomes do Centro Social Paroquial de Oeiras, pela confiança demonstrada, e em especial ao Dr.^o Hugo Gonçalves que acompanhou o nosso trabalho mais de perto.

...e por último, mas não menos importante, a todas as crianças e idosos que tornaram este trabalho possível.

Resumo

O presente relatório tem como objetivo a descrição da intervenção psicomotora, realizada no âmbito da promoção de competências pessoais e sociais, com crianças dos cinco aos 13 anos, em contexto institucional e em contexto escolar, e com idosos em contexto institucional. Foi desenvolvido um trabalho através de sessões de Psicomotricidade, com base no Programa de Treino de Competências Pessoais e Sociais (Matos & Tomé, 2012) para os vários contextos de intervenção.

Os resultados obtidos na intervenção com as crianças em contexto institucional, permitiram observar que as mesmas gostaram muito das sessões e obtiveram melhorias ao nível do relacionamento com os colegas. Em contexto escolar, verificaram-se evoluções nos dois grupos. Relativamente aos resultados obtidos na intervenção com os idosos em contexto institucional foi possível observar que os mesmos gostaram muito das sessões e podemos considerar que houve também evoluções positivas, nomeadamente ao nível do bem-estar.

Na parte final deste relatório é realizada uma análise de todos os dados obtidos, nos três contextos, e serão apresentadas as dificuldades, as conclusões e as sugestões para intervenções futuras.

Palavras-chave: Crianças em Risco; Resiliência; Problemas de Comportamento; Institucionalização; Intervenção Psicomotora; Competências Pessoais e Sociais; Contexto institucional e escolar; Idosos; Envelhecimento; Qualidade de Vida.

Abstract

This report aims to describe the psychomotor intervention, conducted in the promotion of personal and social skills, with children from five to thirteen years in institutional context and school context, and with elderly in institutional context. The work has been done through psychomotor sessions, was bases on the Program of Personal and Social Skills Training (Matos & Tomé, 2012).

The obtained results in intervention with children in institutional context, propose that the children enjoyed the sessions and achieved improvements in terms of relationships with colleagues. In the school context, there were developments in the two groups. Regarding the results obtained in intervention with elderly in institutional context shoed that they enjoyed the sessions and it is also possible to consider that there were positive developments, at wellbeing level.

In the final part of this report there will be an analysis of all data obtained in the three contexts, and will be presented the difficulties, conclusions and suggestions for future intervention.

Key-words: Child at Risk; Resilience; Behavior Problems; Institutionalization; Psychomotor Intervention; Personal and Social Skills, Institutional and School Context; Elderly; Aging; Life Quality

Índice Geral

Agradecimentos.....	III
Resumo	IV
Abstract	IV
Índice Geral	V
Índice de Gráficos.....	VII
Índice de Quadros	XI
Índice de Tabelas	XI
Índice de Anexos	XII
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento da Prática Profissional	2
2.1. Revisão da Literatura.....	2
2.1.1. Crianças em Risco.....	2
2.1.2. Fatores de Risco.....	2
2.1.3. Fatores de Proteção	3
2.1.4. Resiliência	4
2.1.5. Institucionalização.....	4
2.1.6. Problemas de Comportamento	5
2.1.7. Psicomotricidade nas Competências Pessoais e Sociais em Crianças	6
2.1.8. Envelhecimento	8
2.1.9. Qualidade de Vida	9
2.1.10. Psicomotricidade nas Competências Pessoais e Sociais em Idosos.....	10
2.2. Enquadramento Institucional	11
2.2.1. Casa da Fonte	11
2.2.2. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier.....	11
2.2.3. Centro Social Paroquial de Oeiras	12
2.3. Enquadramento Legal	14
2.3.1. Casa da Fonte	14
2.3.2. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier.....	15
2.3.3. Centro Social Paroquial de Oeiras	15
3. Realização da Prática Profissional.....	16
3.1. Caracterização da população.....	16
3.1.1. Casa da Fonte	16

3.1.2. Psicomotricidade na Escola	17
3.1.3. Centro Social Paroquial de Oeiras (CSPO).....	18
3.2. Contextos de Intervenção.....	19
3.2.1. Casa da Fonte	19
3.2.2. Psicomotricidade na Escola – E.B.1 de Caselas	19
3.2.3. Psicomotricidade na Escola – E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo.....	20
3.2.4. Centro Social Paroquial de Oeiras	20
3.3. Calendarização	20
3.4. Planeamento dos objetivos e estrutura da intervenção.....	22
3.4.1. Casa da Fonte e Psicomotricidade na Escola	22
3.4.2. Centro Social Paroquial de Oeiras	24
3.5. Avaliação.....	25
3.5.1. Instrumentos de avaliação	25
3.6. Condições de avaliação	27
3.6.1. Casa da Fonte	27
3.6.2. Psicomotricidade na Escola	27
3.6.3. Centro Social Paroquial de Oeiras	27
3.7. Resultados da Intervenção.....	28
3.7.1. Casa da Fonte	28
3.7.2. Psicomotricidade na Escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo – Grupo 3	41
3.7.3. Psicomotricidade na Escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo – Grupo 5	50
3.7.4. Centro Social Paroquial de Oeiras	63
3.8. Discussão dos Resultados	67
3.8.1. Casa da Fonte	67
3.8.2. Psicomotricidade na Escola E.B.1. d’Os Moinhos do Restelo – Grupo 3	69
3.8.4. Psicomotricidade na Escola E.B.1. d’Os Moinhos do Restelo – Grupo 5	71
3.8.4. Centro Social Paroquial de Oeiras	72
3.9. Atividades Complementares.....	73
4. Dificuldades e Limitações	73
5. Conclusão, síntese geral e perspetivas para o futuro.....	75
6.Bibliografia.....	77

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Número de crianças presentes em cada sessão de psicomotricidade na Casa da Fonte.....	16
Gráfico 2: Número de sessões de psicomotricidade na Casa da Fonte em que cada criança esteve presente.....	17
Gráfico 3: Média de idades inicial dos grupos de Psicomotricidade na Escola.....	18
Gráfico 4: Número de utentes presentes em casa sessão de psicomotricidade no CSPO.....	18
Gráfico 5: Número de sessões de Psicomotricidade no CSPO em que cada utente esteve presente.....	19
Gráfico 6: Valores médios do grupo inicial obtidos pelos SDQ's dos educadores, dos auxiliares e das crianças – Casa da Fonte.....	29
Gráfico 7: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte.....	29
Gráfico 8: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte.....	30
Gráfico 9: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte.....	30
Gráfico 10: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte.....	31
Gráfico 11: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte.....	31
Gráfico 12: Avaliação inicial e final dos educadores do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte.....	32
Gráfico 13: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte.....	32
Gráfico 14: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte.....	33
Gráfico 15: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte.....	33
Gráfico 16: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte.....	34
Gráfico 17: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte.....	34

Gráfico 18: Avaliação inicial e final dos auxiliares do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte.....	35
Gráfico 19: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte.....	35
Gráfico 20: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte.....	36
Gráfico 21: Avaliação inicial e final dos auxiliares na subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte.....	36
Gráfico 22: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte.....	37
Gráfico 23: Avaliação inicial e final das crianças da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte.....	37
Gráfico 24: Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte.....	38
Gráfico 25: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ`s dos educadores – Casa da Fonte.....	38
Gráfico 26: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ`s dos auxiliares – Casa da Fonte.....	39
Gráfico 27: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ`s das crianças – Casa da Fonte.....	39
Gráfico 28: Perceção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção – Casa da Fonte.....	40
Gráfico 29: Perceção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção – Casa da Fonte.....	40
Gráfico 30: Valores médios iniciais do grupo obtidos pelos SDQ`s dos professores e dos pais – Grupo 3.....	41
Gráfico 31: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ-Grupo 3.....	42
Gráfico 32: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 3.....	43
Gráfico 33: Avaliação inicial e final dos professores da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 3.....	43
Gráfico 34: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 3.....	44

Gráfico 35: Avaliação inicial e final dos professores da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 3.....	44
Gráfico 36: Avaliação inicial e final dos professores do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 3.....	44
Gráfico 37: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ-Grupo 3.....	45
Gráfico 38: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 3.....	45
Gráfico 39: Avaliação inicial e final dos pais da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 3.....	46
Gráfico 40: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 3.....	46
Gráfico 41: Avaliação inicial e final dos pais da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 3.....	47
Gráfico 42: Avaliação inicial e final dos pais do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 3.....	47
Gráfico 43: Valores médios iniciais e finais do grupo obtidos pelos SDQ`s dos professores – Grupo 3.....	48
Gráfico 44: Valores médios iniciais e finais do grupo obtidos pelos SDQ`s dos pais – Grupo 3.....	48
Gráfico 45: Perceção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção-Grupo 3.....	49
Gráfico 46: Perceção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção- Grupo 3.....	49
Gráfico 47: Valores médios iniciais do grupo obtidos pelos SDQ`s dos pais, dos professores e das crianças – Grupo 5.....	50
Gráfico 48: Avaliação Inicial e Final dos professores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 5.....	51
Gráfico 49: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 5.....	52
Gráfico 50: Avaliação inicial e final dos professores da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 5.....	52
Gráfico 51: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 5.....	53

Gráfico 52: Avaliação inicial e final dos professores da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 5.....	53
Gráfico 53: Avaliação inicial e final dos professores do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 5.....	54
Gráfico 54: Avaliação Inicial e Final dos pais da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 5.....	54
Gráfico 55: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 5.....	55
Gráfico 56: Avaliação inicial e final dos pais da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 5.....	55
Gráfico 57: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 5.....	56
Gráfico 58: Avaliação inicial e final dos pais da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 5.....	56
Gráfico 59: Avaliação inicial e final dos pais do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 5.....	57
Gráfico 60: Avaliação Inicial e Final das crianças da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 5.....	57
Gráfico 61: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 5.....	58
Gráfico 62: Avaliação inicial e final das crianças da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 5.....	58
Gráfico 63: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 5.....	59
Gráfico 64: Avaliação inicial e final das crianças da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 5.....	59
Gráfico 65: Avaliação Inicial e Final das crianças do Total de dificuldades do SDQ – Grupo 5.....	60
Gráfico 66: Valores médios iniciais e finais do grupo obtidos pelos SDQ`s dos professores – Grupo 5.....	60
Gráfico 67: Valores médios iniciais e finais do grupo obtidos pelos SDQ`s dos pais – Grupo 5.....	61
Gráfico 68: Valores médios iniciais e finais do grupo obtidos pelos SDQ`s das crianças – Grupo 5.....	61

Gráfico 69: Perceção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção - Grupo 5.....	62
Gráfico 70: Perceção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção - Grupo 5.....	62

Índice de Quadros

Quadro 1: Horário de intervenção semanal realizada.....	20
Quadro 2: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade na Casa da Fonte.....	21
Quadro 3: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade do grupo 3 da Escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo.....	21
Quadro 4: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade do grupo 5 da Escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo.....	21
Quadro 5: Planeamento anual das sessões de “Afetos na Escola.....	22
Quadro 6: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade no CSPO.....	22
Quadro 7: Estrutura das sessões de psicomotricidade das crianças.....	23
Quadro 8: Estrutura da sessão de psicomotricidade dos idosos.....	24
Quadro 9: Intervalos para a interpretação da pontuação das escalas do SDQ validados para a população portuguesa.....	28

Índice de Tabelas

Tabela 1: Avaliação inicial e final dos utentes do CSPO do domínio de Orientação.....	63
Tabela 2: Avaliação Inicial e final dos utentes do CSPO da Capacidade de Retenção e Evocação.....	63
Tabela 3: Avaliação inicial e final do domínio da Saúde Mental e Bem-Estar dos utentes do CSPO.....	64
Tabela 4: Avaliação inicial e final dos domínios Físico e Psicológico dos utentes do CSPO.....	65
Tabela 5: Avaliação inicial e final dos domínios Relações Sociais e Meio Ambiente dos utentes do CSPO.....	65
Tabela 6: Avaliação inicial e final da Motricidade Fina, Noção Corporal e Estruturação Rítmica dos utentes do CSPO.....	66
Tabela 7: Avaliação inicial e final do Equilíbrio dos utentes do CSPO.....	66
Tabela 8: Avaliação inicial e final da Vigília dos utentes do CSPO durante o preenchimento do protocolo.....	67

Índice de Anexos

Anexo I – Planeamento anual das atividades desenvolvidas no estágio	
Anexo II – Consentimento informado para a participação na atividade “Psicomotricidade na Escola”	
Anexo III – Panfleto informativo da atividade “Psicomotricidade na Escola”	
Anexo IV - SDQ – <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> – Versão Professores	
Anexo V – SDQ – <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> – Versão Pais	
Anexo VI - SDQ – <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> – Versão Crianças	
Anexo VII – SDQ – <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> – Folha de Cotação da Versão Pais e Professores	
Anexo VIII – SDQ – <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> – Folha de Cotação da Versão Crianças	
Anexo IX – Questionário da avaliação da sessão na Casa da Fonte	
Anexo X – Ficha de Avaliação do Impacto do Programa	
Anexo XI – Protocolo de avaliação dos idosos	
Anexo XII – Folha de cotação do protocolo de avaliação dos idosos	
Anexo XIII – Exemplo de um trabalho de casa da Casa da Fonte	
Anexo XIV – Fotografias dos contextos de intervenção	
Anexo XV – Planeamento de uma sessão de Psicomotricidade na Casa da Fonte	
Anexo XVI – Relatório de uma sessão de Psicomotricidade na Casa da Fonte	
Anexo XVII – Planeamento de uma sessão da “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 3	
Anexo XVIII – Relatório de uma sessão da “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 3	
Anexo XIX – Planeamento de uma sessão da “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 5	
Anexo XX – Relatório de uma sessão da “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 5	
Anexo XXI – Ficha de avaliação do comportamento na atividade “Psicomotricidade na Escola”	
Anexo XXII – Planeamento de uma sessão de Psicomotricidade no CSPO	
Anexo XXIII – Relatório de uma sessão de Psicomotricidade no CSPO	
Anexo XXIV – Planeamento e relatório da atividade extra na Casa da Fonte	
Anexo XXV – Planeamento e relatório da atividade final na Casa da Fonte	
Anexo XXVI – Relatórios da atividade “Afetos na Escola” - Turma 2ªA	
Anexo XXVII – Relatórios da atividade “Afetos na Escola” - Turma 3ªB	
Anexo XXVIII – Planeamento de uma sessão da “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 2	
Anexo XXIX – Relatório de uma sessão da “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 2	
Anexo XXX – Planeamento anual das sessões do Grupo 2	
Anexo XXXI – Apresentação dos Resultados da intervenção do Grupo 2	
Anexo XXXII – Discussão dos resultados do Grupo 2	
Anexo XXXIII – Artigo sobre a Psicomotricidade publicado no Boletim da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier	

1. Introdução

O presente relatório de estágio desenvolveu-se no âmbito do estágio profissionalizante do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RCAP) de 2º ciclo de Reabilitação Psicomotora na Faculdade de Motricidade Humana. O estágio no ramo de aprofundamento de competências profissionais tem como objetivos gerais: estimular o domínio do conhecimento aprofundado na área da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de deficiência, perturbação e desordens/distúrbios), nas suas múltiplas vertentes científica e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção; e desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

O estágio foi realizado no âmbito das competências pessoais e sociais com crianças em contexto escolar e institucional e com idosos em contexto institucional. Em contexto institucional foi realizado com crianças entre os cinco e 13 anos da Casa da Fonte, uma unidade de Acolhimento de Emergência de Crianças e Jovens em Situação de Risco Social gerido pela Santa Casa da Misericórdia. Em contexto escolar foi realizado com crianças do 1º ciclo, na Escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo e na E.B.1 de Caselas com os projetos "Afetos na Escola", que contou com duas turmas, e Psicomotricidade na Escola, que englobou cinco grupos de crianças com idades entre os seis e os 10 anos. Em contexto institucional com idosos foi realizado no Centro de Dia de Caselas, pertencente à junta de Freguesia de São Francisco Xavier, administrado pela Cruz Vermelha Portuguesa, e no Centro Social e Paroquial de Oeiras nas valências de Centro de Dia e Lar.

Este estágio foi realizado em parceria com a estagiária Sara Melo e a intervenção, em todos os locais de estágio, foi realizada em conjunto. No entanto, devido às limitações de espaço e às regras estabelecidas para a elaboração do relatório foi realizada uma divisão dos grupos que cada estagiária apresenta no seu relatório. Assim, neste relatório irá constar a análise do Grupo 2 (ver anexo XXX, XXXI e XXXII), do Grupo 3 e do Grupo 5 do projeto de Psicomotricidade na escola, do grupo de idosos do Centro Social e Paroquial de Oeiras, e o grupo de crianças da Casa da Fonte.

Para clarificar cada contexto, e o trabalho desenvolvido nos mesmos, este relatório estará dividido em quatro partes, nomeadamente: enquadramento da prática profissional; realização da prática profissional; dificuldades e limitações; e conclusão. No enquadramento da prática profissional será realizada uma breve revisão da literatura, a caracterização das instituições onde o estágio foi realizado e o enquadramento legal das mesmas. Na realização da prática profissional será apresentada a caracterização da população, contextos e a calendarização da intervenção, os planeamentos da intervenção e objetivos, os instrumentos de avaliação utilizados, as condições de avaliação, os resultados da intervenção e a sua discussão. Nas dificuldades e limitações serão descritas as mesmas sentidas durante a intervenção. Na última parte, conclusão, será realizada uma síntese de todo o trabalho desenvolvido, que irá focar as conclusões, as recomendações e as perspetivas para o futuro. No fim estará a bibliografia consultada para a realização deste trabalho.

Neste relatório encontram-se ainda em anexo os instrumentos de avaliação, um exemplar dos planeamentos e relatórios das sessões de todos os contextos, assim como todos os materiais considerados pertinentes para a compreensão deste relatório.

2. Enquadramento da Prática Profissional

2.1. Revisão da Literatura

Neste enquadramento encontram-se definidos diferentes conceitos, fundamentais para a compreensão do trabalho realizado no âmbito da promoção de competências pessoais e sociais em crianças e idosos.

Assim, inicialmente serão abordados os conceitos de crianças em risco, de fatores de risco e de proteção da criança, assim como a resiliência. Será abordada ainda a questão da institucionalização da criança, dos problemas de comportamento e da intervenção psicomotora nas competências pessoais e sociais em crianças.

Após a apresentação dos conceitos ligados à intervenção com as crianças, serão apresentados conceitos referentes à intervenção com os idosos, como o envelhecimento, a qualidade de vida e a intervenção psicomotora nas competências pessoais e sociais nos idosos.

2.1.1. Crianças em Risco

Uma criança torna-se vulnerável a situações de risco devido a circunstâncias específicas ou potenciais da vida pessoal, social, económica ou familiar (Rodrigues, 1997).

A criança encontra-se em situação de risco quando o desenvolvimento desta ocorre de forma desadequada para a sua faixa etária e a sua cultura (Moraes, 2011). Segundo a CPCJ (2007) podemos definir risco como “um perigo apenas potencial, eventual para a efectivação dos direitos da criança, podendo ter vários graus e diversas expressões, apresentado um carácter multifactorial, passível de persistir no tempo e que poderá apresentar-se em forma de omissão dos pais ou responsáveis pela sua guarda, comprometendo as necessidades básicas de natureza material ou afectiva das crianças ou jovens (p.6).

A família torna-se um membro importante pois possibilita o treino social da criança e do jovem, o qual é considerado base da estrutura social. A família reproduz um conjunto de valores que refletem a estrutura económica e o comportamento psicológico. As crianças e os jovens tem maior probabilidade de se tornarem sociáveis e de se adaptarem às normas da sociedade se tiverem relações familiares, educacionais, comunitárias e de trabalho significativas e estáveis. Por outro lado, a ausência de relações familiares ou a pertença a uma família desequilibrada são considerados fatores de risco no desenvolvimento da criança ou jovem, podendo levar ao surgimento de condutas desviantes (Rodrigues, 1997).

A infância é um período de grande importância para o desenvolvimento relacional e psicológico de uma pessoa (Pinto & Maia, 2009). Os maus-tratos ou experiências são particularmente prejudiciais ao desenvolvimento, abrangem crianças de todos os meios sociais. Nos meios mais desfavorecidos caracteriza-se pelas práticas de abuso ou violência física, negligência face à saúde, escola e alimentação; nas classes privilegiadas os maus-tratos caracterizam-se por negligência emocionais, direccionada para o foro psicológico (Alves, 2007).

Assim, para entender uma situação de risco é necessário ter em conta o peso de todos os fatores, sejam de risco ou proteção, e as consequências que estes têm para o seu desenvolvimento e consequentemente a capacidade da criança para lidar com os mesmos. São estes conceitos que serão abordados seguidamente.

2.1.2. Fatores de Risco

Segundo Richman e Fraser (2001 *cit. in* Ribeiro & Sani, 2009) pode-se entender risco como a presença de um ou mais fatores ou influências que despoitem a possibilidade de um resultado negativo para uma criança ou jovem. Segundo Ribeiro e Sani (2009, p.402) “os factores de risco podem ter etiologia genética ou biológica, uma base ecológica ou

uma origem biossocial combinada; podem ser traços e atributos individuais ou condições do meio. Os factores de risco aumentam a probabilidade de um jovem se tornar violento”. Apesar da presença de fatores de risco poder potenciar uma situação de perigo não podemos considerar que seja a causa direta desta (CNPCJR, 2013). Segundo Simões (2005b), os fatores de risco não têm sempre o mesmo impacto sobre os indivíduos, variando consoante as características individuais do sujeito e da sua interação com o risco.

Alves (2007) considera que podemos agrupar os fatores de risco em quatro categorias distintas: fatores individuais, familiares, ambientais e socioculturais. Segundo Alves (2007) os fatores individuais dizem respeito às características dos pais (demográficas, historial de infância, poder paternal, personalidade e condutas desviantes) e às características da criança (físicas, personalidade e conduta). Os fatores familiares estão relacionados com a estrutura familiar, a interação e dinâmica familiar, nomeadamente no que diz respeito à relação entre pais e filhos (Alves, 2007; CNPCJR, 2013). Relativamente aos fatores familiares de situações de risco de crianças podemos referir por exemplo: défices no desempenho de papéis sociais; fraca tolerância à frustração (Rodrigues, 1997). Os fatores ambientais correspondem ao nível socioeconómico e cultural, habitação, rede social e mobilidade geográfica (Alves, 2007). Por sua vez, os fatores socioculturais estão relacionados com o desenvolvimento económico e a ideologia social (Alves, 2007).

As consequências dos fatores de risco podem não ser logo evidentes demorando algum tempo até se evidenciarem (Simões, 2005b). A hipótese do risco cumulativo defende que o número de fatores de risco presente tem mais impacto no ajustamento psicossocial dos indivíduos que o tipo de problemas (Simões, 2009).

2.1.3. Fatores de Proteção

Os fatores de proteção são considerados características individuais ou condições ambientais que permitem as crianças e jovens a resistir ou a ponderar os riscos aos quais estão expostas (Richman & Fraser, 2001 cit in Ribeiro & Sani, 2009).

Garnezy (1991) e Simões (2005b, 2009) consideram que os fatores de proteção podem ser agrupados em três tipos: individuais, familiares ou comunitários. São considerados fatores individuais o temperamento, as competências cognitivas (Martinez-Torteya, Bogat, von Eye, & Levendosky, 2009; Simões, 2009), a capacidade de relação interpessoal e a capacidade de reflexão (Simões, 2009). Ao nível dos fatores familiares temos as capacidades parentais positivas (Dixon, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2005; Martinez-Torteya *et al.*, 2009), nomeadamente ao nível do afeto, a coesão familiar, a estabilidade e apoio familiar, o envolvimento parental, as expectativas positivas e o bom nível educacional dos pais (Simões, 2009). No que diz respeito aos fatores comunitários considera-se o apoio dos amigos, os sistemas de apoio, as oportunidades de participação na comunidade, as expectativas positivas e a existência de adultos de referência (Simões, 2009).

A presença de um fator protector tende a baixar a probabilidade de um resultado negativo para cada nível de uma situação de risco, ou seja, quando um fator protetor interage com o risco manifesta-se um efeito amortecedor. Os fatores protetores protegem os jovens dos riscos de se tornarem violentos (Ribeiro & Sani, 2009).

No entanto, é importante identificar em que fase do desenvolvimento os fatores protetores atuam, e como é a sua atuação de modo a haver uma organização de intervenções efetivas para a redução dos problemas de comportamento (Poletto & Koller, 2008).

2.1.4. Resiliência

A resiliência tem sido um tema muito estudado e abordado em vários domínios científicos, nomeadamente, na Psicologia, Educação, Sociologia, Medicina, Pediatria, Psiquiatria entre outros (Antunes, 2011).

A origem etimológica do conceito de resiliência vem da expressão latina *resilire*, a qual significa “saltar para trás” (Simões, 2005a; Antunes, 2011). Não existe uma definição única e consensual de resiliência, vários autores entendem-na como traço ou característica do sujeito para enfrentar a situações de adversidade, e outros vêem-na como sendo um processo complexo e em frequente evolução, que depende das alterações dos fatores de risco e de protecção (Filipe, 2011, *cit. in* Carvalho, 2012). De acordo com Alves (2007), Poletto e Koller (2008), a resiliência está associada à elasticidade dos materiais, à sua capacidade de absorver energia perante um choque exercido, não sofrendo deformação plástica. Para Antunes (2011) resiliência é a capacidade que as crianças e jovens têm para ultrapassar situações adversas mediante comportamentos ajustados. No caso das crianças maltratadas, a resiliência pode ser vista como a capacidade que estas têm em resistir e manter as suas capacidades após uma situação de violência (Alves, 2007). Assim, conta-se que a resiliência não é uma característica fixa mas sim algo em transformação ao longo da vida, consoante as alterações dos factores de risco e dos factores de protecção (Simões, 2005), podendo ser desencadeada apenas em alguns momentos de vida, e em algumas situações específicas (Poletto & Koller, 2008).

A resiliência pode ser vista como um processo dinâmico, pois numa fase de vida o indivíduo poderá expressar comportamentos de adaptação positiva aos contextos e noutra fase poderá não ser capaz de adaptar tão eficazmente perante as contrariedades (Abreu & Xavier, 2008). Convém referir que o indivíduo pode ser resiliente em determinada área do seu desenvolvimento, no entanto não implica que seja resilientes nas demais (Cecconello, 2003), e pode assumir diversas formas de comportamento em função dos riscos com que se depara e dos contextos onde está envolvido (Fergus & Zimmerman, 2005).

Segundo Rutter (1999), podemos considerar oito características envolvidas nos processos de resiliência: o nível de risco, a sensibilidade ao risco, a redução do impacto negativo, a redução das cadeias de reação negativas, a promoção das cadeias de reação positivas, a criação de novas oportunidades e a neutralização de experiências. As circunstâncias mais benéficas para promover resiliência não estão associadas à ausência de *stress*, mas sim aos desafios graduais que reforçam as habilidades pessoais, às estratégias de coping e às características pessoais (Cecconello, 2003). A resiliência é vista como capacidade de alcançar um desenvolvimento saudável e aprendizagens de sucesso em qualquer circunstância da vida (*California Healthy Kids Survey Report*, 2007-2008), estando esta associada aos factores de protecção (Masten & Gewirtz, 2006). Os factores de protecção antevêm um desenvolvimento positivo em crianças expostas a um contexto de risco (Sapienza & Pedromônico 2005) e, quando os principais sistemas de protecção são prejudicados surgem as maiores ameaças para o seu desenvolvimento (Masten & Gewirtz, 2006).

As intervenções psicossociais promovem os recursos que habilitam o indivíduo e o grupo a ser resiliente, nomeadamente as capacidades pessoais (autoconhecimento, autoestima), as capacidades sociais (empatia, assertividade e suporte social) e as capacidades profissionais (criatividade, cooperação e liderança) (Jardim, 2007).

2.1.5. Institucionalização

Quando os sistemas, nomeadamente as famílias, onde se incluem as crianças, não se revelam resilientes, têm de se accionar novos mecanismos que protejam as crianças e jovens que se encontram em perigo. Segundo o artigo 49.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro (a qual sofreu ligeiras alterações com a Lei n.º 31/2003 de 22 de Agosto),

relativo de proteção de crianças e jovens em perigo, “a medida de acolhimento em instituição consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de um entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidade e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral”. O acolhimento institucional é uma medida aplicada pelo Tribunal, ou pela CPCJ, de modo a garantir a proteção da criança (Alves, 2007).

A entrada na instituição é um período marcante na vida de qualquer pessoa (Santos, 2010). É uma experiência amargurada para a crianças uma vez que provoca várias mudanças e adaptações (Antunes, 2011). Durante o período de entrada e permanência numa instituição observam-se, claramente, sentimentos de tristeza, constrangimento, revolta, permanecendo estas crianças mais fragilizadas (Santos, 2010).

As crianças olham para a institucionalização como uma prisão, um local onde não escolheram estar, que desperta neles sentimentos de perda, abandono ou rejeição do seio familiar (Matos, 2003). Com frequência as crianças tentam encontrar outras figuras de afecto (Alexandre, & Vieira, 2004). Quem tem um papel de extrema importância são os funcionários da instituição, pois tornam-se os modelos identificativos destas crianças, orientando, protegendo e acarinhando-as (Mota & Matos, 2008), e por estas razões são de salientar três conceitos base a ter em conta pelos mesmos: continuidade, disponibilidade e sensibilidade de resposta (Pinhel et al. 2009).

No entanto, a criança nem sempre consegue ser resiliente o suficiente para se separar do passado, permanecendo nele e consequente exercendo uma grande resistência à nova situação (Bowlby, 1981 cit in Pinhel et al. 2009).

2.1.6. Problemas de Comportamento

A institucionalização é encarada, quase sempre, como uma transição difícil que nem sempre é aceite pelos jovens (Mota & Matos, 2008), e em consequência pode despoletar problemas de comportamento nos mesmos. Problemas de comportamento podem ser definidos como “aqueles que dificultariam o acesso da criança a novas contingências de reforço, que por sua vez, facilitam a aquisição de reportórios relevantes de aprendizagem” (Bolsoni-Silva, 2003, p.10).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) os problemas de comportamento estão inseridos nas Perturbações Disruptivas do Comportamento, as quais se encontram divididas em Perturbação do Comportamento, Perturbação de Oposição e Perturbação Disruptiva do Comportamento sem outra especificação. Relativamente à perturbação do comportamento, as principais características são: a fraca empatia, a insensibilidade aos sentimentos dos outros, a perceção errada das intenções dos outros, a falta de sentimentos de remorso ou culpa, a baixa autoestima, a intolerância à frustração, irritabilidade, o temperamento explosivo e a imprudência (APA, 2002).

Segundo a literatura os problemas de comportamento podem-se classificar em dois grupos: problemas de externalização e problemas de internalização o (Halpern, 2004; Huang, Wang & Warrener, 2010; Karreman et al., 2010; Silveira, 2007 *cit. in* Cardoso, 2011). Os problemas de externalização são associados a comportamentos de irritabilidade e nervosismo, rebeldia e desobediência, agressividade e provocação, opositividade, impulsividade, desobediência de normas e atos de violência. Geralmente estes comportamentos são observáveis e direccionados para os outros, tornando-se socialmente mais perturbadores. Relativamente aos problemas de internalização são menos observáveis e associam-se com dificuldades emocionais como a timidez, o desinteresse, a ansiedade, a insegurança, a exclusão, o isolamento social, a depressão, a tristeza e a falta de concentração (Achenbach & Edelbrok 1979, *cit. in* Bolsoni-Silva, et al., 2008; Silveira, 2007; Rios, 2006 *cit. in* Cardoso, 2011).

Convém referir que os comportamentos externalizantes são considerados fatores de risco por interferirem na adaptação psicossocial na adolescência assim como no

desenvolvimento das tarefas escolares (Lyra, Assis, Njaine, Oliveira & Pires, 2009 *cit. in* Cardoso, 2011).

As crianças que frequentam o pré-escolar apresentam comportamentos diferentes muitas vezes associados à idade, podendo variar consoante as situações e os dias. Nem todos os comportamentos das crianças que revelem agressividade desobediência ou teimosia podem ser considerados problemas de comportamento, uma vez que a criança ainda está a desenvolver a sua maturidade e só por volta dos seis, sete anos é que assimila valores morais e sociais (Marcelli, 2005 *cit. in* Cardoso, 2011). Contudo, os comportamentos que ocorrem isoladamente e intermitente, normalmente, não apresentam problemas, logo tudo depende da intensidade e frequência (Benavente, 2001 *cit. in* Cardoso, 2011).

Segundo Cruvinel & Boruchovitch (2009 *cit. in* Cardoso, 2011) as crianças que apresentam problemas de comportamento revelam baixos índices de auto eficácia. Também é frequente apresentarem diferentes formas de enfrentar os problemas e de se interrelacionarem com os outros nos diferentes contextos sociais (Lyra et. Al., 2009 *cit. in* Cardoso, 2011). Estas crianças apresentam vários problemas em controlar ou regular o seu comportamento e por sua vez encontram-se em risco de vir a ter inúmeros problemas desde a infância, até à idade adulta, incluindo insucesso escolar, perturbações do comportamento, delinquência e criminalidade e abuso de substâncias (Sandler, et al., 2010 *cit. in* Cardoso, 2011).

Em suma, é importante e necessária uma intervenção com objetivo de corrigir problemas de comportamento, onde o treino das competências sociais torna-se fundamental a intervenção (Peterson, 1995, *cit. in* Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003).

2.1.7. Psicomotricidade nas Competências Pessoais e Sociais em Crianças

Psicomotricidade pode ser entendida como “a vida psíquica expressa em comportamento. O conjunto de fenómenos que constituem o substrato da vida psíquica (impulsos, emoções, sentimentos, pensamentos) exprime-se através da motricidade (linguagem corporal e verbal) Branco (2000, p.401).

Segundo Fonseca (2004, p.18) psicomotricidade pode ser definida como “o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências, recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e a motricidade do ser humano”.

A psicomotricidade orienta-se para problemáticas de incidência corporal (e.g. dispraxias, perturbações do esquema corporal, problemas psicossomáticos), relacional (e.g. dificuldades de comunicação, hiperatividade, agressividade) e cognitiva (e.g. défices de atenção e de memória), através de técnicas de relaxação e consciencialização corporal, atividades motoras, lúdicas e expressivas (Morais, Novais e Mateus, 2005).

Na promoção das competências sociais, a psicomotricidade pode atuar de forma preventiva; de forma educativa promovendo a aprendizagem e o desenvolvimento psicomotor; e de forma reeducativa ou terapêutica quando o desenvolvimento motor ou psicoafetivo ou a aprendizagem estiverem em risco (Morais et al., 2005).

Segundo Freitas, Simões e Martins (2011) o desenvolvimento das competências pessoais e sociais compreende três vertentes do indivíduo: individual, no desenvolvimento da autoestima e autoconceito; relacional, na promoção de comportamentos assertivos e das relações interpessoais, e emocional, através da gestão de emoções.

Segundo Llinares e Rodríguez (2003), a principal finalidade da psicomotricidade é o desenvolvimento das competências motoras, cognitivas e socio emocionais através do jogo e do movimento. A atividade lúdica (jogos, brincadeiras, brinquedos), é considerada a principal forma de manifestação da criança que permite o desenvolvimento de vários aspetos sensoriomotores, socioemocionais e cognitivos, (Alves, 2007). Pode-se concluir que através da brincadeira as crianças desenvolvem a sociabilidade e demonstram o

afeto que sentem umas pelas outras, expressam sentimentos, revelam o seu interior, e interpretam o mundo que as rodeia (Alexandre & Vieira, 2004).

Existem vários programas com evidência na área das crianças em risco e/ou com problemas de comportamento que se baseiam no treino das competências pessoais e sociais. Em 1993, Felner, Brand, Adan, Mulhal, Flowers, Sartain e DuBois, criaram o programa “School Transition Environmental” é dirigido a crianças, dos nove anos de idade aos dezoito, em risco de desenvolver problemas de comportamento quando vivenciam situações de *stress*, como é o exemplo de mudar de escola; este programa visa desmistificar a complexidade do ambiente escolar, aumentar o apoio dos colegas e professores e diminuir a vulnerabilidade das crianças em relação a dificuldades académicas e emocionais. Em 2000, Frey, Hirschstein e Guzzo, criaram o programa “Seconde Step”, um programa universal que consiste num currículo para as crianças desde os quatro anos de idade até aos catorze, acerca das competências sociais que visa diminuir a impulsividade e os comportamentos agressivos e aumentar os fatores de proteção e as competências socio-emocionais; neste programa é esperado promover a empatia, a resolução de problemas, a avaliação dos riscos, a tomada de decisão e a definição de objetivos. Este programa inclui um complemento dirigido aos pais, denominado de “Second Step Family”, que apoia os mesmos a compreenderem o currículo dos filhos, e ajuda-os no reforço das competências das crianças, nomeadamente em expressar os sentimentos, resolver os problemas, controlar a raiva e gerir os conflitos. Em 2004, Fox, Gottfredson, Kumpfer e Beatty, criaram o programa “Strengthening Families”, um programa de treino das competências familiares, com crianças dos três aos dezasseis anos, e visa a promoção da resiliência e redução dos fatores de risco no desenvolvimento dos problemas de comportamento, emocionais, académicos e sociais, melhorando ainda as relações familiares. Por fim, mas não menos importante, em 2005, Han, Catron, Weiss e Marciel, desenvolveram o programa “Reaching Educators, Children, and Parents (RECAP) dirigido a crianças dos 8 aos 12 anos, com problemas de internalização (por exemplo ansiedade, depressão) e de externalização (por exemplo comportamento agressivo); o principal objetivo do programa é diminuir o nível de problemas psicológicos das crianças bem como prevenir o desenvolvimento de problemas mais graves. Este programa é dividido em quatro componentes: proporcionar um ambiente de sala de aula através da formação dos professores, os temas das aulas com foco na formação de competências, sessões individuais e em pequenos grupos com as crianças e a formação dos pais.

Em Portugal, existem programas de promoção de competências pessoais e sociais. Têm como finalidade a aquisição de competências necessárias para o bom desenvolvimento físico, psicológico e social nomeadamente ao nível da assertividade, capacidade de escuta ativa, relacionamento interpessoal, descentração, entre outras; e podem ocorrer em contexto escolar ou em contexto institucional (Remédios, 2010). Grande parte das dificuldades de relacionamento interpessoal e problemas de comportamento social sucedem de fracos reportórios comportamentais apreendidos ou de dificuldades de aplicar determinadas competências como a assertividade, a regulação emocional e a resolução de problemas (Remédios 2010). É necessário promover o desenvolvimento adaptativo dos jovens, privilegiando a prevenção de comportamentos de risco e promovendo capacidades que lhes possibilite um crescimento pessoal e social (Remédios 2010).

Em suma, através dos programas de competências pessoais e sociais de intervenção direta sobre o indivíduo e o seu envolvimento relacional, ou seja a escola e a família, é possível habilitar as crianças para enfrentar as mudanças da vida, de modo a manterem um desenvolvimento adequado (Matos & Tomé, 2012).

2.1.8. Envelhecimento

A população jovem em 2006 correspondia a 15,5% da população total e a população idosa correspondia a 17,3% sendo que 4,1% correspondia à população com 80 anos ou mais, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2007). Em 2033 prevê-se que o número de idosos possa ultrapassar os 200 idosos por 100 jovens (INE, 2007).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2004) o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de alteração gradual da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida.

O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que consista num momento para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social (DGS, 2004). A população idosa durante muitos anos foi objeto de exclusão social, esquecendo-se a riqueza humana e espiritual que esta população foi adquirindo ao longo da vida (Lamas, 2013).

O envelhecimento é muitas vezes referido como um dos aspetos a ter em conta na definição das políticas de médio e longo prazo. Fala-se em três tipos de envelhecimento: envelhecimento individual, devido à longevidade; envelhecimento populacional, na medida de que existem mais pessoas nos grupos de idade mais elevada; e envelhecimento ativo, associado ao início mais tardio da vida ativa e às reformas precoces (Costa, 2007). Envelhecer torna-se um processo de difícil aceitação pelos idosos. A imagem refletida no espelho não é a mesma de uma fotografia tirada há anos atrás, a facilidade na execução de uma determinada habilidade diminui, a vontade pelo convívio social não é o mesmo que antigamente e até o reencontro com pessoas com quem não estão à algum tempo é desagradável, pois por vezes as pessoas estranham, hesitam, tem dúvidas e só depois reconhecem os próprios (Martins, Andrade & Rodrigues, 2010). Segundo Silva (1998 *cit in* Martins *et. al*, 2010) para qualquer pessoa, envelhecer significa simultaneamente durar e mudar: durar é manter-se o mesmo ao longo do tempo e mudar é tornar-se outro com o passar dos anos. Os idosos têm representações da sua própria vida que diferem segundo múltiplos fatores, podem ser representações positivas ou negativas (Martins *et al*, 2010).

O envelhecimento é composto por alterações físicas, psicomotoras, cognitivas e socio-afetivas (Martins, 2003). As alterações físicas consistem no envelhecimento celular que vai atingir os tecidos, órgãos e sistemas de modo gradual (Martins, 2003). Ocorrem modificações ao nível da perceção e sensibilidade auditiva, da acuidade visual e também algumas restrições a nível do paladar (Aragón, 2007). As alterações psicomotoras nos idosos que consistem numa desorganização do esquema corporal e em dificuldades de reconhecer o próprio corpo. Ao nível da orientação temporal e espacial também se observam alterações, assim como ao nível do equilíbrio estático e dinâmico (Arroyo, 1995 *cit. in* Aragón, 2007). A lentidão psicomotora existente provoca atrasos significativos no planeamento da ação (Barreiros, 1999), e as alterações ocorridas na velocidade e sensibilidade dos sistemas sensoriais provocam posturas desviantes afetando o equilíbrio (Pereira, 2004). Os factores que provocam alterações cognitivas são: factores educacionais, de saúde e de personalidade, assim como o nível intelectual global e capacidades mentais específicas do indivíduo. Estes factores podem contribuir para um declínio gradual das funções cognitivas na senescência (Canineu & Bastos, 2002, *cit. in* Oliveira, Goretti & Pereira, 2006). Relativamente às alterações socio-afetivas estão associadas à acumulação de perdas e separações, à solidão, ao isolamento e à marginalização social (Martins, 2003).

Em suma, é cada vez mais frequente o abandono dos idosos pelas suas famílias, em instituições que muitas vezes, infelizmente, não possuem a capacidade de satisfazer as

necessidades básicas de cada idoso, e consequentemente provocando um nível baixo de qualidade de vida.

2.1.9. Qualidade de Vida

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida pode ser definida como “a percepção do indivíduo da sua posição de vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994 *in* Grupo WHOQOL, 1998).

O conceito de qualidade de vida foi usado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, quando este declarou que “os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (Fleck et al., 1999, p. 20). Em meados da década de 70, Angus Campbell, referiu que a dificuldade para definir este conceito prende-se com o facto de ser um conceito muito falado mas pouco percebido. Nos anos 80, considerou-se que a qualidade de vida era um conceito multidimensional, por abranger diferentes perspectivas, no entanto, só na década de 90 se conclui algo sobre a sua multidimensionalidade e subjectividade inerentes ao termo. Este conceito é complexo e ambíguo, logo defini-lo não é uma tarefa simples. O constructo difere de cultura para cultura, de época para época, de indivíduo para indivíduo e até mesmo num indivíduo pode alterar-se consoante o seu estilo de vida, ou seja, o que hoje em dia é uma boa qualidade de vida pode não ter sido ontem e poderá não ser no dia de amanhã (Leal, 2008).

Quando falamos em qualidade de vida e na sua avaliação devemos ter em conta 4 fatores: avaliar qualidade de vida envolve o nível em que as pessoas experienciam vivências às quais dão valor, pois foca-se nos aspetos importantes da vida que devem ser melhorados para a otimização das vivências; avaliar qualidade de vida reflete os domínios que contribuem para uma vida cheia, participada e interrelacionada, pois utiliza um conjunto de domínios; avaliar qualidade de vida considera os contextos físicos, social e culturais importantes para a pessoa, pois compreende a participação do próprio indivíduo e deve ser interpretada no envolvimento da pessoa, reconhecendo igualmente o significado das experiências de vida nos diferentes contextos; e por fim, avaliar qualidade de vida inclui as medidas das experiências comuns a todos os seres humanos e aquelas que são pessoais, pois inclui medidas objetivas e subjetivas, sendo que as medidas subjetivas refletem o nível de satisfação pessoal, enquanto que as medidas objetivas consideram as experiências pessoais, além disso as avaliações devem ser qualitativas e quantitativas (Schallock, Gardner & Bradley, 2007).

Segundo Schallock e Verdugo (2002) podem-se considerar seis fatores contextuais na qualidade de vida: a educação especial e reabilitação, a saúde física, a saúde mental e comportamental, as dificuldades intelectuais, o envelhecimento e as famílias. O conceito de qualidade de vida assenta em catorze dimensões, nomeadamente: o bem-estar emocional, as relações interpessoais e a interação, a família, o fator material (estatuto e autonomia económica), o desenvolvimento pessoal, o bem-estar físico, o envolvimento, a autodeterminação, a autonomia e tomada de decisões, os direitos e auto-representação, a recreação e lazer, a inclusão social, a segurança e a satisfação (Hughes & Hwang, 1996 *cit. in* Schallock, Gardner & Bradley, 2007).

A qualidade de vida nos idosos depende de constantes interações ao longo da vida e não de um só elemento (Mangas & Toldy, 2010). No estudo realizado por Mangas e Toldy, em 2010, alguns cuidadores informais de idosos afirmam que os idosos têm qualidade de vida, não associando esta à noção global de qualidade de vida e sim ao acto físico de cuidar. Ainda segundo o estudo de Mangas e Toldy parecem existir duas noções distintas de qualidade de vida: para o idoso dependente que associa a qualidade de vida aos actos físicos; e para o cuidador que associa ao bem-estar emocional, relações

interpessoais, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, inclusão social e direitos.

Um estudo feito por Pereira (2010) sobre a percepção do idoso do seu nível de qualidade de vida demonstrou que o domínio físico e psicológico, as relações interpessoais, os recursos financeiros e o nível de dependência são a base para classificar a qualidade de vida. O mesmo estudo revelou que os idosos com uma percepção negativa da sua qualidade de vida estão mais predispostos a transmitir sentimentos negativos como a tristeza e solidão (Pereira, 2010). Por sua vez, os idosos com uma percepção positiva da sua qualidade de vida relacionam-na principalmente com a sua saúde física apesar de por vezes também associarem às relações interpessoais, ao domínio psicológico e ao nível de independência (Pereira, 2010).

2.1.10. Psicomotricidade nas Competências Pessoais e Sociais em Idosos

A intervenção psicomotora nas pessoas idosas tem como finalidade a reabilitação ou manutenção dos fatores psicomotores, ou seja, tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina. Pretende-se o desenvolvimento das capacidades de adaptação às mudanças corporais e psicossociais, seja na promoção do reconhecimento do Eu corporal positivo como no desenvolvimento de estratégias para ultrapassar as duas adaptações (Moraes, 2007). Com tudo isto pretende-se valorizar as capacidades do indivíduo de modo a incentivá-lo a enfrentar algumas limitações físicas e perdas.

De acordo com Rodríguez (2003) podem suceder três níveis de intervenção psicomotora: primária, secundária e terciária. A prevenção primária é realizada com idosos saudáveis com o intuito de prevenir possíveis patologias associadas ao processo de envelhecimento (Ródriguez, 2003). A prevenção secundária é realizada com idosos que apresentam ligeiros défices cognitivos ou défices na capacidade funcional com o intuito de manter o bom funcionamento da pessoa, mantendo as capacidades preservadas e estimulando as que estão em fase de deterioração (Ródriguez, 2003). Relativamente à prevenção terciária, esta é realizada com idosos com um diagnóstico estabelecido e onde são evidentes os défices que ao nível cognitivo quer ao nível funcional e tem como intuito desenvolver estratégias para superar as dificuldades, de modo a retardar os efeitos da deterioração associada à patologia e promover a autonomia na realização das atividades, mantendo a capacidade funcional e melhorando a qualidade de vida (Ródriguez, 2003).

A psicomotricidade deve ser encarada como um processo preventivo e atenuador das modificações ao nível somático, psíquico e psicomotor, e não como uma solução para o envelhecimento (Pereira, 2004). O psicomotricista representa o aspeto relacional, levando a uma maior vivência das experiências propostas nas sessões de psicomotricidade, assim como a um aumento da motivação para levar o idoso a investir no seu mundo interno e externo (Pereira, 2004).

É de extrema importância para o idoso a capacidade de interagir socialmente de maneira a manter as suas redes de apoio social e a criar novas, aumentando assim a sua qualidade de vida (Carneiro & Falcone, 2004). Num estudo realizado por Carneiro e Falcone (2004) verificou-se que as situações sociais em que geralmente os idosos apresentaram maior dificuldade eram situações que exigiam fazer um pedido de forma adequada quando existia conflitos de interesses, reconhecer alguém que o está a incomodar de modo socialmente aceite, não aceitar um pedido, aceitar críticas, e lidar com alguém hostil. Neste mesmo estudo foi também observado poucas habilidades nos idosos no que concerne à capacidade de conversar com alguém que está a expor um problema.

As competências sociais são importantes para a aquisição de competências de relacionamento interpessoal, que proporciona a um bem-estar psicológico (Segrin & Taylor, 2007). Com isto, é de grande importância a promoção de programas de

competências sociais nos idosos que lhes possibilite assim alcançar uma melhor qualidade de vida (Carneiro & Falcone, 2004).

2.2. Enquadramento Institucional

2.2.1. Casa da Fonte

A Casa da Fonte é um estabelecimento integrado do Instituto de Segurança Social, I.P. (ISS, I.P.), atualmente gerida pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Decreto-Lei nº16/2011). Os estabelecimentos integrados são estabelecidos de ação social que visa apoiar as populações, nomeadamente nas áreas de infância, juventude, reabilitação, idosos e família (ISS, 2009). É tutelada pelo Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Lisboa (CDSSSL), tendo como horário de funcionamento 24 horas por dia em regime de internato.

A Casa da Fonte foi fundada em 2000, através de uma reorganização do Sistema de Acolhimento de Emergência, na sucessão das atribuições da Segurança Social como consequência da lei nº 147/99 de 1 de Setembro, com objetivo a promoção e proteção de crianças e jovens em risco.

A casa da Fonte é uma unidade de acolhimento de emergência para crianças e jovens em situação de risco social, com idades compreendidas entre os zero e os 12 anos, provenientes da sinalização efetuada pela Equipa de Acolhimento de Emergência. Foi Fundada em 2000, e após ter sido sediada primeiramente em Camarate e depois no Estoril, encontra-se atualmente em Oeiras e sob a direção do Dr.º António Santinha (Regulamento Interno Casa da Fonte, n.d.).

Esta tem como objetivos gerais, a integração dos menores na comunidade local, acionando deste modo respostas educativas e de saúde adequadas a cada criança, o acompanhamento de desenvolvimento das crianças através de um apoio individualizado, de forma a planear e executar um projeto de vida para a criança acolhida explorando todas as respostas e encaminhamentos possíveis (Regulamento Interno Casa da Fonte, n.d.).

Com uma lotação de 20 crianças, esta encontra-se frequentemente sobrelotada provocando constrangimentos no funcionamento da casa. No ano 2012 o número de crianças em acolhimento, por mês, na Casa da Fonte variou entre duas e 11 crianças (dados cedidos pela Casa da Fonte, 2013).

Segundo o artigo 50.º da Lei nº 147/99 de 1 de Setembro, o tempo de permanência em casa de acolhimento temporário não deverá ultrapassar os seis meses. No ano 2012 o tempo médio de permanência na Casa da Fonte foi de 108,8 dias (dados cedidos pela Casa da Fonte, 2013).

A equipa da Casa da Fonte é constituída por um diretor, dois psicólogos, seis educadores, quatro auxiliares de ação sócio educativa, um administrativo especialista, um auxiliar de serviços gerais, um auxiliar de ação direta e um motorista (Regulamento Interno Casa da Fonte, n.d.)

As sessões de Psicomotricidade na Casa da Fonte, resultam da parceria desta com a Faculdade de Motricidade Humana, tendo como objetivo a promoção de competências pessoais e sociais nas crianças acolhidas. Estas sessões são asseguradas pelas estagiárias de 2º ciclo de Reabilitação Psicomotora, contando também com a participação das estagiárias de 3º ano do 1º ciclo em Reabilitação Psicomotora.

2.2.2. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier

A junta de Freguesia de São Francisco Xavier foi fundada em 1959 devido a uma reforma administrativa que originou a Criação de doze novas freguesias. A Freguesia situa-se entre o rio Tejo e a encosta da Mata de Monsanto abrangendo uma área de 2,1 Km² (Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, n.d.).

A Freguesia de São Francisco Xavier é uma das 53 Freguesias da Câmara Municipal de Lisboa, da qual fazem parte as zonas do Restelo e Caselas, assim como o Centro de Dia de Caselas, onde ocorre a intervenção. A Junta de São Francisco Xavier, disponibiliza vários serviços e recursos, nomeadamente ao nível da Educação, Saúde, Social, Religioso, Militar, Cultural e Desportivo (Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, n.d.).

As atividades “Afetos na Escola” e “Psicomotricidade na Escola” estão inseridas no Projeto “Juntos a Crescer” do Programa *Intervir*. A atividade “Psicomotricidade na Escola” resulta de uma parceria entre o Gabinete de Aconselhamento da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier e o Núcleo de Estágio da Faculdade de Motricidade Humana.

A atividade “Afetos na Escola” insere-se no Programa *Intervir* da Câmara Municipal de Lisboa (CML) a qual tem como objetivo a promoção de projetos de prevenção. Este programa pretende intervir prioritariamente em grupos ou em contextos com maior vulnerabilidade relativamente a situações e comportamentos de risco (prevenção seletiva), assim como, junto da população em geral (prevenção universal). O Projeto “Juntos a Crescer” nasceu no ano 2000 inserindo-se no Programa *Intervir*. Tem como população alvo crianças que frequentam as escolas do 1º ciclo da Freguesia de São Francisco Xavier, com objetivo de reforçar as capacidades de relacionamento e comunicação nesta faixa etária. Promove também a preparação da transição dos alunos do 4º ano para o 5º ano (Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, n.d.).

A atividade “Afetos na Escola” realiza-se em contexto de sala de aula, contando com o apoio da Professora, através de jogos e outras atividades, tendo uma duração de uma hora. São sessões semanais que promovem competências como atenção, a comunicação verbal e não-verbal e as capacidades de relacionamento, essenciais para a vida escolar e futura dos alunos.

A atividade “Psicomotricidade na Escola” foi iniciada por estagiárias da licenciatura em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, no ano letivo 2007/2008, inserida no núcleo de Apoio de Psicologia da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, sendo atualmente assegurada pelas estagiárias de 2º ciclo em Reabilitação Psicomotora. Tem como objetivo a intervenção nas necessidades assinaladas pelos professores, designadamente ao nível de problemas de comportamento, nas escolas E.B.1 de Caselas e E.B.1 d’Os Moínhos do Restelo.

O projecto “Psicomotricidade na Escola” focaliza a sua intervenção através de uma metodologia de grupo e de mediatização corporal, com objetivos específicos como: a promoção de competências da comunicação verbal e não-verbal; a promoção da identificação e resolução de problemas; a promoção da assertividade e estratégias alternativas à agressividade; a promoção de uma relação positiva entre os pares; a estimulação do uso de capacidades como a interajuda, a coesão, a partilha e a cooperação; a promoção de integração do esquema corporal; a promoção da autorregulação e autonomia; a diminuição do excesso de atividade motora; a promoção da melhoria da capacidade de concentração e da atenção; a manutenção e generalização dos conhecimentos adquiridos para situações práticas do quotidiano; e a melhoria do processo de adaptação e integração no meio escolar.

2.2.3. Centro Social Paroquial de Oeiras

O Centro Social Paroquial de Oeiras (CSPO) com sede na Igreja Matriz de Oeiras, foi fundado em 1968 pelo Padre Fernando Martins e oficializado dois anos depois, sendo reconhecido como uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) a 23 de Março de 1971. Está inserido na paróquia de Oeiras, pertencente à freguesia de Oeiras e S. Julião da Barra, situada no concelho de Oeiras. O CSPO confere apoio a idosos nas valências de Lar de Idosos, Centro de Dia e Apoio Domiciliário e a crianças nas valências de Atividades de Tempos Livres (ATL), Creche e Jardim de Infância (CSPO, 2010). Uma

vez que o estágio se insere apenas nas valências de Lar de Idosos e Centro de Dia, de seguida será apresentada uma descrição mais detalhada destas.

A valência de Lar de Idosos está a funcionar desde 1998 e têm capacidade para 60 utentes (CSPO,2010). Tem como objetivos fundamentais: dar resposta adequada aos idosos mais carenciados; promover a integração social do idoso, preservando e incentivando a relação inter-familiar; valorizar a dimensão religiosa dos seus utentes; respeitar a autonomia, a individualidade e a privacidade de cada utente; contribuir para a estabilização e/ ou atraso do processo de envelhecimento; proporcionar serviços adequados à problemática bio-psico-social dos idosos; e proporcionar um ambiente calmo, confortante e humanizado ao utente. O lar proporciona aos seus utentes alojamento, alimentação, tratamento de roupas, cuidados de higiene e satisfação de outras necessidades tendo em vista a manutenção da autonomia e conforto do idoso, cuidados de enfermagem e apoio médico de acordo com a situação de cada idoso e, a participação nas atividades de ocupação e animação sociocultural (Regulamento Lar de Idosos, 2013). O centro dispõe de um plano anual de atividades de animação socioculturais dirigidas às áreas: recreativas, formativas, religiosas, culturais e desportivas (CSPO,2010).

A direção do Lar de Idosos do CSPO é formada por sete membros, e o conselho fiscal por três elementos. O Lar possui uma equipa multidisciplinar formada por 53 colaboradores: diretora técnica (1), coordenação (3), administrativos (2), psicólogo (1), ajudantes de ação direta (25), cozinheiras (3), economato (2), limpeza (6), lavandaria (2), costureira (1), enfermeiros (3), médico (1), advogado (1), terapeuta ocupacional (1) e técnica alimentar (1). De momento, o lar possui uma ocupação de 60 utentes (9 homens e 51 mulheres) (CSPO, 2013).

O Centro de Dia tem capacidade para 40 utentes, funcionando nas instalações do Lar de Idosos (CSPO, 2010). Este tem como objetivos: promover a dignidade e qualidade de vida do idoso; prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas; apoio psicossocial; valorizar a dimensão religiosa católica dos seus utentes; desenvolver as relações interpessoais e fomentar o intercâmbio com outros grupos etários com vista à integração e realização; e contribuir para o atraso do processo de envelhecimento. Nesta valência são desenvolvidas atividades de animação sociocultural (festas, convívios, bailes, passeios, palestras, exposições, concursos) e atividades da comunidade (Festas do Concelho, inter-instituições, inter-serviço). Os serviços prestados são: acompanhamento a nível de saúde, serviço social, apoio e transporte nas situações de dificuldade de mobilização, serviço de refeições e cuidados de higiene (Regulamento Centro Dia, 2010). De momento existem 25 utentes a frequentar o Centro de Dia (12 homens e 13 mulheres) (CSPO, 2013).

O CSPO conta com a colaboração de vários voluntários ao nível de Lar de Idosos e Centro de Dia. Colabora também com diversas instituições, designadamente, a Câmara Municipal de Oeiras, o Banco Alimentar contra a fome, o Banco de Bens Doados, o Centro Hospitalar de Lisboa, o Centro de Saúde de Oeiras, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Oeiras, a Direção Geral de Inserção Social, a Associação Humanitária dos Bombeiros de Oeiras, a PSP de Oeiras, a Faculdade de Motricidade Humana, entre outras (CSPO,2010).

A Psicomotricidade no CSPO, teve início no ano letivo 2011/2012, resultando da colaboração com a Faculdade de Motricidade Humana, com a apresentação de uma proposta por parte da orientadora às estagiárias, realizando e apresentando um projecto de psicomotricidade, com o intuito da promoção de competências pessoais e sociais em idosos. Neste ano, no seguimento do trabalho iniciado no ano anterior, as sessões foram asseguradas pelas estagiárias de 2º ciclo de Reabilitação Psicomotora, contando também com a participação das estagiárias de 3º ano do 1º ciclo em Reabilitação Psicomotora.

2.3. Enquadramento Legal

2.3.1. Casa da Fonte

Uma das vertentes do estágio centrou-se na intervenção em contexto institucional com crianças de um Centro de Acolhimento Temporário (Casa da Fonte). O acolhimento temporário encontra-se enquadrado legalmente pelo Decreto-lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, referente à proteção de crianças e jovens em perigo, alterada pela lei n.º 31/2003, de 22 de Agosto.

É seu objetivo (artigo 1.º) a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, de modo a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral. A intervenção ocorre quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto, coloquem em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou se esse perigo resultar de ação ou omissão de terceiros ou do próprio a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo. É considerado que a criança ou jovem está em perigo quando: está abandonada ou vive entregue a si própria; sofre maus tratos, quer físicos quer psicológicos ou quando existem abusos sexuais; não recebe os cuidados ou afeição adequados; é obrigada a atividades ou trabalhos excessivos e inadequados ou que prejudiquem a sua formação ou desenvolvimento; está sujeita a comportamentos que afetem a sua segurança ou equilíbrio emocional; adota comportamentos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto, se oponha de modo adequado a eliminar a situação (artigo 3.º).

São considerados (artigo 5.º): criança ou jovem – as pessoas com menos de 18 anos ou menos de 21 anos que solicitem a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos; situação de urgência – situação de perigo atual ou eminente para a vida ou integridade física da criança ou jovem.

As medidas de promoção dos direitos e de proteção visam: o afastamento do perigo a que estas crianças ou jovens estão sujeitas; a possibilidade de proporcionar as condições que permitam promover e proteger a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral; e garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso (artigo 34.º). Uma das medidas de promoção e proteção, segundo o artigo 35.º, é o acolhimento em instituição. Esta medida consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (artigo 49.º).

Quanto às modalidades de acolhimento em instituição, presentes no artigo 50.º, o acolhimento em instituição pode ser de curta duração ou prolongado, sendo que, o acolhimento de curta duração ocorre em casa de acolhimento temporário por prazo inferior ou igual a seis meses, podendo este ser excedido caso seja previsível o retorno à família ou enquanto se procede ao diagnóstico de respetiva situação e à definição do encaminhamento subsequente.

As instituições de acolhimento funcionam em regime aberto e são organizadas de forma a favorecerem uma relação afetiva do tipo familiar, uma vida diária personalizada e a integração na comunidade. Funcionam em regime aberto, com livre entrada e saída da criança ou do jovem de acordo com as normas gerais de funcionamento e as suas necessidades educativas e de proteção. De acordo com o horário e as regras de funcionamento da instituição, é permitida a visita dos pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto (artigo 53.º). Segundo o artigo 54.º, sobre a equipa técnica das instituições, a esta cabe o diagnóstico da situação da criança ou jovem, definição e execução do seu projeto de promoção e proteção, tendo uma constituição pluridisciplinar, integrando as valências de psicologia, serviço social e educação.

O artigo 91.º sobre os procedimentos urgentes na ausência de consentimento informa que estes são tomados quando exista perigo atual ou eminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem, tomando as comissões de proteção ou as entidades referentes, as medidas adequadas para a sua proteção iminente, solicitando a intervenção do tribunal ou das entidades policiais. As entidades policiais dão conhecimento destas situações ao Ministério Público, ou caso não seja possível, logo que cesse a causa da impossibilidade. Quando não for possível a intervenção do tribunal, as autoridades policiais retiram a criança ou jovem em perigo assegurando a sua proteção de emergência numa casa de acolhimento temporário ou noutro local adequado. O Ministério Público, recebida a comunicação efetuada, requer imediatamente ao tribunal competente o procedimento judicial urgente.

O Decreto-Lei nº16/2011 de 25 de Janeiro define (artigo 1.º) o regime legal de cedência de estabelecimentos integrados do Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS,I.P.) à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). A cedência dos estabelecimentos é temporária, por um prazo de três anos, com início a 1 de Janeiro de 2011 (artigo 3.º).

Esta cedência surge no âmbito de implementação de um novo quadro de gestão destes estabelecimentos, introduzido pelo Orçamento do Estado para 2011. Segue ainda o objetivo do XVIII Governo Constitucional no sentido de dar continuidade à aposta na qualidade e acessibilidade dos serviços às populações, apoiando e dando viabilidade ao desenvolvimento da rede de equipamentos sociais em parceria público-social. Deste modo permite uma melhor coordenação das entidades públicas e sociais para o desenvolvimento da rede de equipamentos sociais.

Segundo o artigo 8.º a gestão global e integrada das vagas existentes nos estabelecimentos do sistema de acolhimento de emergência é mantida pelo ISS, I.P.. Estes estabelecimentos seguem a política nacional de enquadramento e desenvolvimento definido para o sistema geral de proteção de crianças e jovens.

2.3.2. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier

O Programa *Intervir* onde estão inseridas as atividades “Afetos na Escola” e “Psicomotricidade na Escola” é promovido pela Câmara Municipal de Lisboa, seguindo as normas regulamentares por esta elaborado. Este programa pretende contribuir para o desenvolvimento integral das crianças e jovens, promovendo competências pessoais e sociais (Programa Intervir, 2013).

Segundo o artigo 2º, o Programa *Intervir* tem como objetivo geral a promoção de competências pessoais e sociais promovendo atividades principalmente nos comportamentos de *bullying*, delinquência juvenil, comportamentos de risco na saúde sexual e reprodutiva, obesidade, consumo de substâncias psicoativas e violência no namoro (Programa Intervir, 2013). De acordo com o artigo 3.º, este programa é destinado às Juntas de Freguesia do Município de Lisboa que apresentem projetos de prevenção de comportamentos de risco (Programa Intervir, 2013). Tendo em conta o artigo 4.º, o programa tem como grupo alvo crianças, jovens, pais/encarregados de educação, professores e pessoal não docente, profissionais de saúde e técnicos que trabalham na área da intervenção social (Programa Intervir, 2013). Relativamente à decisão do local e das atividades a realizar e à seleção do coordenador e restante equipa técnica, artigo 11.º, é da responsabilidade das Juntas de Freguesia (Programa Intervir, 2013).

2.3.3. Centro Social Paroquial de Oeiras

Uma vez que a intervenção neste local foi efetuada na valência de Lar de Idosos e Centro de Dia do Centro Social Paroquial de Oeiras, em seguida, estão referidos alguns artigos do despacho Normativo nº. 12/98, sobre as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares dos idosos.

O lar de idosos é considerado um estabelecimento em que são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária

ou permanente, fornecimento de alimentação, de cuidados de saúde, higiene e conforto, de fomentar o convívio e proporcionar animação social e ocupação dos tempos livres dos utentes (norma I). Estes têm com objetivos específicos: facultar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estabilização ou atraso do processo de envelhecimento; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar; e potenciar a integração social (norma II). O funcionamento do lar deve garantir e proporcionar ao idoso (norma III): a prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades; uma alimentação adequada; qualidade de vida; realização das atividades de animação sociocultural, recreativa e ocupacional; um ambiente calmo, confortável e humanização e os serviços domésticos necessários ao bem-estar do idoso. O funcionamento do lar deve fomentar a convivência social e a participação dos familiares.

De forma a assegurar um bom funcionamento é necessário que o lar possua no seu quadro pessoal: um animador social em regime de tempo parcial; um enfermeiro por casa 40 utentes; um ajudante de lar por cada oito idosos; um encarregado de serviços domésticos quando a capacidade dos estabelecimentos for igual ou superior a 40 idosos; um cozinheiro por estabelecimento; um ajudante de cozinheiro por cada 20 idosos; e um empregado auxiliar por cada 20 idosos (norma XII).

As áreas funcionais previstas são: área de acesso; área de direção e serviços administrativos; área das instalações para o pessoal; área de convívio e de actividades; área de refeições; área de serviços; área de quartos; área de serviços de saúde e área de serviços de apoio (norma XVII).

3. Realização da Prática Profissional

De modo a garantir a confidencialidade e segurança das crianças e utentes, o nome de cada um será codificado através de siglas (e.g. Ca., Sa.).

3.1. Caraterização da população

3.1.1. Casa da Fonte

O grupo para a intervenção foi formado pela equipa técnica da Casa da Fonte, tendo como pré-requisito que as crianças selecionadas tivessem idades compreendidas entre os cinco e os 13 anos; e a dimensão do grupo que não deveria ultrapassar os dez elementos. O grupo inicial foi formado por cinco crianças, com uma média de idades 8,2 anos, tendo sofrido várias alterações ao longo do tempo como podemos ver no gráfico 1. Estas alterações decorrem da orgânica da instituição, que sendo uma Casa de Acolhimento de Emergência pressupõe uma frequente entrada e saída de crianças na Casa. Apesar de estarem presentes sete crianças na primeira sessão, estas não contaram para os dados do grupo inicial uma vez que não participaram em mais nenhuma sessão.

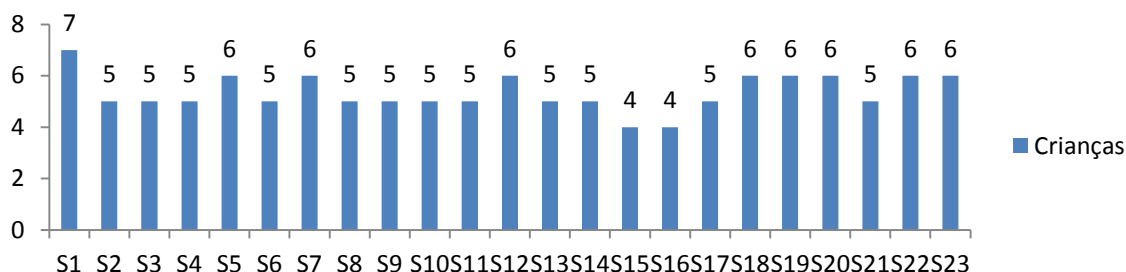


Gráfico 1 – Número de crianças presentes em cada sessão de psicomotricidade na Casa da Fonte

Durante o período de intervenção, contámos com a presença de 18 crianças das quais dez eram do género feminino e oito do género masculino. A sessão que contou com

maior número de crianças foi a primeira sessão, tendo estado presente sete crianças, e as sessões onde estiveram presentes menos crianças foram as sessões 15 e 16, as quais contaram com apenas quatro crianças. Em média as sessões contaram com cinco crianças.

Durante o período de intervenção, apenas o Ha. esteve presente em todas as sessões, como podemos ver através do gráfico 2.

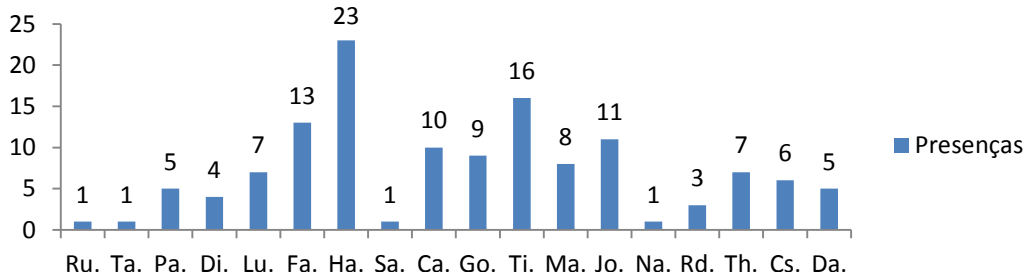


Gráfico 2 – Número de sessões de psicomotricidade na Casa da Fonte em que cada criança esteve presente

É possível observar que houve uma grande flutuação de crianças ao longo das sessões, pois a Casa da Fonte é uma Casa de Acolhimento de Emergência, havendo por isso uma frequente entrada e saída de crianças na casa, e consequentemente, nas sessões de psicomotricidade.

3.1.2. Psicomotricidade na Escola

Para a intervenção psicomotora na Junta de Freguesia de São Francisco Xavier foram formados cinco grupos, dois grupos na escola na escola E.B.1 de Caselas e E.B.1 e três grupos na escola E.B.1. d'Os Moinhos do Restelo

Para a seleção das crianças, foi pedido aos professores que preenchessem o *Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ* (Goodman, 1998; traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2000) para as crianças que apresentassem três das seguintes características: dificuldades de atenção e/ou concentração; impulsividade; agressividade; dificuldades de aceitação e cumprimento das regras; dificuldades de relacionamento com os pares e dificuldades de aceitação da figura de autoridade.

No total foram referenciados, pelos professores, 13 alunos na escola E.B.1 de Caselas (cinco alunos do 2ºano, sete alunos do 3º ano e um aluno do 4ºano) e 35 na escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo (12 alunos do 1ºano, sete alunos do 2ºano, quatro alunos do 3ºano e 12 alunos do 4ºano).

Visto na escola E.B.1 Moinhos do Restelo terem sido selecionados muitos alunos, foi necessário selecionar apenas os que, segundo o resultado do SDQ preenchido pelos professores, apresentassem uma Pontuação Total de Dificuldades igual ou superior a 12 pontos (nível limítrofe ou nível anormal). Dos 35 alunos referenciados, 32 foram selecionados para as sessões de psicomotricidade, tendo apenas 28 sido autorizados pelo(a) encarregado(a) de educação para participar nas sessões (ver anexo II).

Foram então formados dois grupos na escola E.B.1 de Caselas. O grupo 1 foi constituído por quatro crianças do 2º ano e três do 3º ano (uma rapariga e seis rapazes), o grupo 2 foi constituído por duas crianças do 3º ano e quatro crianças do 4ºano (seis rapazes). Convém referir que os alunos do 4º ano estão na mesma sala pelas suas idades (nove/dez anos) mas não estão no mesmo ano escolar, ou seja, um aluno está a fazer o 2º ano, dois alunos o 3º ano, e apenas um aluno o 4ºano.

Na escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo foram constituídos três grupos. O grupo 3 foi constituído por oito crianças do 1º ano (três raparigas e cinco rapazes), o grupo 4 foi constituído por cinco crianças do 2º e duas crianças de 3º ano (quatro raparigas e três

rapazes), o grupo 5 foi formado por uma criança do 3º ano e doze crianças do 4º ano (duas raparigas e 11 rapazes). Todos os grupos foram formados tendo como base os seguintes critérios: o nível de escolaridade, a disponibilidade horária, a idade e a dimensão do grupo. No gráfico 3 podemos ver a média de idades das crianças de cada grupo.

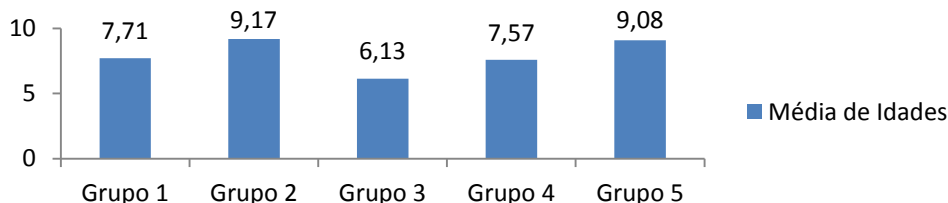


Gráfico 3 – Média de idades inicial dos grupos da Psicomotricidade na Escola

Podemos verificar que o grupo que apresenta uma maior média de idade é o grupo 2, constituído por duas crianças do 3º ano e quatro crianças do 4ºano da escola E.B.1 de Caselas. Por sua vez, o grupo com menor média de idades é o grupo 3, pois inclui unicamente crianças de 1ºano da escola E.B. 1 d'Os Moinhos do Restelo.

3.1.3. Centro Social Paroquial de Oeiras (CSPO)

No CSPO o grupo alvo de intervenção foi formado pelo psicólogo do CSPO, dado possuir um melhor conhecimento dos utentes ao nível das suas necessidades e competências. O grupo inicial era formado por 12 utentes, tendo o grupo sofrido algumas modificações ao longo das sessões. Se por um lado alguns utentes deixaram de participar, por motivos de saúde, por outro lado novos utentes ingressaram no CSPO durante o período de intervenção, tendo sido integrados no grupo da Psicomotricidade. A intervenção abrangeu um total de 17 utentes, com uma média de idades de 78 anos dos quais três eram do género masculino e 14 do género feminino.

O número de utentes que participou nas sessões flutuou ao longo do tempo, como podemos ver no gráfico seguinte.

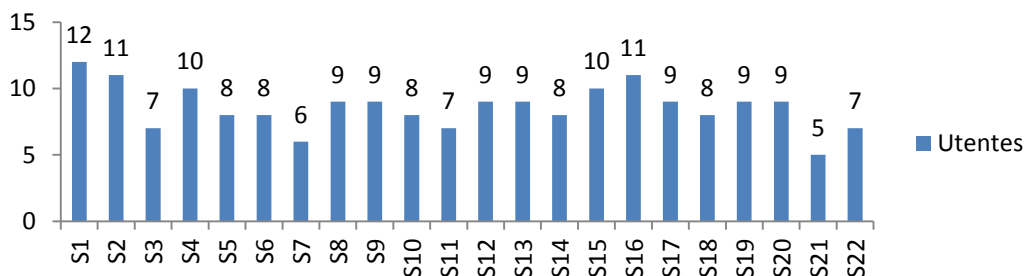


Gráfico 4 – Número de utentes presentes em casa sessão de psicomotricidade no CSPO

Em média estiveram presentes nove utentes nas sessões, sendo que foi a primeira sessão que contou com a presença de mais utentes, estando presente na sessão 12 utentes. Por sua vez, a sessão em que menos utentes estiveram presentes foi vigésima primeira sessão, que contou com a presença de cinco utentes. Esta flutuação de utentes ao longo das sessões deveu-se, maioritariamente, a questões de saúde. Durante o período de intervenção três utentes estiveram presentes em todas as sessões, como é possível ver através do gráfico 5.

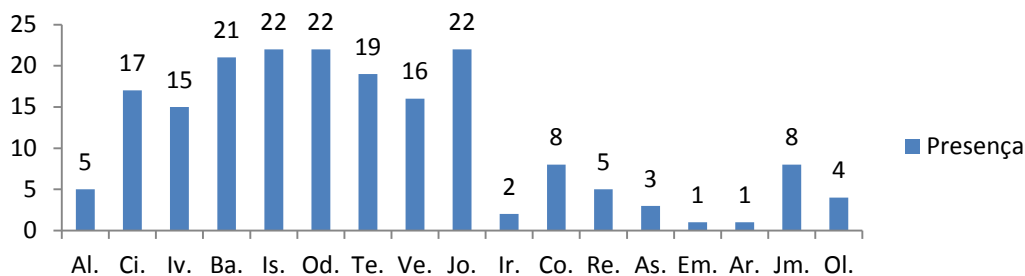


Gráfico 5 – Número de sessões de Psicomotricidade no CSPO em que cada utente esteve presente

3.2. Contextos de Intervenção

3.2.1. Casa da Fonte

A Intervenção com as crianças da Casa da Fonte foi realizada inicialmente numa sala disponibilizada pelo CSPO. O acesso à sala é feito através da parte de trás do edifício que tem acesso à sala de estar do Lar. Após essa entrada as estagiárias tinham acesso ao piso em que se encontrava a sala disponibilizada e as crianças entravam pela sala principal do CSPO. De seguida descia-se um lance de escadas e a sala situava-se do lado esquerdo. A sala contém uma mesa, um quadro branco, e inúmeras cadeiras dispostas em três filas, as quais têm de ser sempre arrumadas num canto da sala antes da sessão, de maneira a disponibilizar o espaço adequado para a intervenção. Existe também um armário para arrumações num canto da sala com portas de vidro. Através da sala onde ocorre a intervenção é possível aceder a uma outra sala, a qual não é utilizada nas sessões, pelo que mantínhamos a sua porta sempre fechada. No final da intervenção a sala era arrumada novamente, voltando à disposição anterior.

Os materiais utilizados no decorrer das sessões são levados pelas estagiárias, pois os materiais disponíveis na sala para as sessões eram reduzidos. Como a sala em questão era pouco apropriada às sessões de Psicomotricidade, e atendendo que a sala de sessões de psicomotricidade dos idosos era no mesmo edifício, as estagiárias pediram permissão para realizar as sessões no designado ginásio do CSPO. A sala dispunha de várias cadeiras e sofás, duas mesas de sala baixas, uma mesa de plástico, televisão e bolas. Nas paredes da sala encontravam-se placards de cortiça onde eram expostos os trabalhos realizados pelos utentes do CSPO, onde foram também colocados alguns materiais realizados ao longo da intervenção com as crianças da Casa da Fonte, nomeadamente, uma cartolina com as regras da sessão e outra onde era registado o comportamento das crianças no final de cada sessão. O acesso à sala é feito através da parte de trás do edifício que tem acesso à sala de estar do Lar. Após essa entrada as estagiárias e as crianças tinham acesso, no mesmo piso, em que se encontrava a sala disponibilizada.

3.2.2. Psicomotricidade na Escola – E.B.1 de Caselas

As sessões de psicomotricidade na escola E.B.1 de Caselas decorreram no ginásio da escola. Este ginásio localiza-se no exterior, sendo que a entrada para este se faz pelo recreio da escola, e tem uma porta de ligação ao refeitório, estando esta sempre fechada. O ginásio contém dois bancos suecos, um quadro branco (onde foi afixado uma cartolina com as regras das sessões), vários materiais espalhados pelo espaço, incluindo colchões. Contém ainda um armário com outros materiais como arcos, bolas, cordas e pinos (disponíveis para utilização nas sessões de Psicomotricidade). Sempre que

necessário, os materiais utilizados no decorrer das sessões eram levados pelas estagiárias.

3.2.3. Psicomotricidade na Escola – E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo

As sessões de psicomotricidade na escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo ocorreram no ginásio da escola. Este ginásio é um ponto de ligação entre os vários espaços da escola, estando ligado à cantina, não havendo divisória entre eles e não ser umas cortinas. No ginásio é possível aceder através de duas portas (geralmente abertas) ao espaço do Jardim de Infância e às salas de aulas dos 2º e 4º anos, este facto fez que com que em algumas sessões não se conseguisse a tranquilidade e o silêncio necessário para a realização das atividades. Está ainda ligada à sala de professores e a uma outra sala. O ginásio contém dois bancos suecos e três espaldares. Contém ainda um armário com outros materiais, e ainda vários placards de cortiça colocados nas paredes do ginásio com trabalhos realizados pelos alunos (onde foi afixado uma cartolina com as regras das sessões de psicomotricidade). Sempre que necessário, os materiais utilizados no decorrer das sessões eram levados pelas estagiárias.

3.2.4. Centro Social Paroquial de Oeiras

No CSPO a intervenção foi realizada no designado ginásio, que serve também como biblioteca, usualmente vazia. A sala dispunha de várias cadeiras e sofás, duas mesas de sala baixas, uma mesa de plástico, televisão e bolas. Nas paredes da sala encontravam-se placards de cortiça onde eram expostos os trabalhos realizados pelos utentes. No CSPO existe uma sala de arrumações com outros materiais que podiam ser utilizados na sessão (e.g. tintas, canetas, lápis de cor, tesouras etc.).

Antes das sessões as estagiárias arrumavam a sala dispondo as cadeiras em círculo no centro desta.

3.3. Calendarização

A intervenção em todos os locais de estágio ocorreu semanalmente, contudo não foi iniciada em todos locais ao mesmo tempo. Em Outubro, teve início a psicomotricidade na Casa da Fonte, em Novembro, iniciou-se a psicomotricidade no CSPO, no centro de Dia de Caselas e no projeto “Afetos na Escola”, e em Janeiro, iniciou-se a “Psicomotricidade na Escola”. Durante o ano ocorreram algumas mudanças no horário, encontrando-se, de seguida, o horário final de intervenção (quadro 1).

Quadro 1 – Horário de intervenção semanal realizada

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
11h00-12h00 Psicomotricidade Centro de Dia de Caselas	10h30-11h30 Psicomotricidade CSPO	11h30-12h15 Psicomotricidade Grupo 1	10h00-10h45 Psicomotricidade Grupo 3	
14h30-15h30 Afetos na Escola 2ªA	14h30-15h30 Afetos na Escola 3ªB	14h15-15h00 Psicomotricidade Grupo 4	11h30-12h15 Psicomotricidade Grupo 2	
			13h45-14h30 Psicomotricidade Grupo 5	18h00-19h00 Psicomotricidade Casa da Fonte

As sessões de psicomotricidade na Casa da Fonte, no Centro de Dia de Caselas, no CSPO e as sessões de “Afetos na Escola”, tinham uma duração de 60 minutos. As sessões de psicomotricidade nas escolas tinham uma duração de 45 minutos.

A intervenção na Casa da Fonte teve uma duração de oito meses, perfazendo um total de 26 sessões previstas, das quais apenas 23 foram realizadas pois as crianças estavam em festas da escola não podendo participar nas sessões e a última sessão coincidiu com a atividade extra final. Foram também realizadas duas atividades extras, uma no princípio de Fevereiro e outra no final de Maio, tendo a primeira sido a visita realizada no Aquário Vasco da Gama, e a segunda foi o «peddy-paper» no Parque dos Poetas (atividade final). No quadro 2, podemos visualizar o planeamento anual das sessões de psicomotricidade na Casa da Fonte, estando assinaladas as sessões realizadas, os dias em que não houve e as sessões extra.

Quadro 2 – Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade na Casa da Fonte

Mês	out.	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	mai.
Dias	-	2	7	-	1	1	5	3
	-	9	14	11	2	8	12	10
	-	16	-	18	8	15	19	17
	26	23	-	25	22	-	26	24
	-	30	-	-	-	-	-	31

Legenda: ■ - Sessão ■ - Não houve sessão ■ - Sessão extra

Na Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, a intervenção realizou-se ao nível do projeto “Afetos na Escola” e “Psicomotricidade na Escola”. O projeto “Psicomotricidade na Escola” teve uma duração de cinco meses, perfazendo um total de 16 sessões previstas para cada grupo, embora nem todas fossem realizadas, por motivos alheios às estagiárias inerentes à escola e à própria rotina das turmas, pelo que as mesmas não foram compensadas. De seguida (quadro 3 e 4) podemos ver o planeamento anual das sessões de psicomotricidade do grupo 3 e 5 da Escola E.B.1. d’Os Moinhos do Restelo.

Quadro 3 – Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade do grupo 3 da Escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo

Mês	jan.	fev.	mar.	abr.	mai.
Dias	-	-	-	4	2
	-	7	7	11	9
	17	-	14	18	16
	24	21	-	-	23
	31	28	-	-	30

Legenda: ■ - Sessão ■ - Não houve sessão

Quadro 4 – Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade do grupo 5 da Escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo

Mês	jan.	fev.	mar.	abr.	mai.
Dias	-	-	-	4	2
	-	7	7	11	9
	17	-	14	18	16
	24	21	-	-	23
	31	28	-	-	30

Legenda: ■ - Sessão ■ - Não houve sessão

As sessões de “Afetos na Escola” tiveram a duração de 6 meses. Uma turma foi acompanhada durante todo o ano letivo (3ºB da Escola E.B.1. D’Os Moinhos do Restelo), uma turma foi acompanhada nos 2º e 3º período (2ºA da Escola E.B.1. D’Os Moinhos do Restelo), e uma turma foi acompanhada apenas no 1º período (1º Ano da Escola E.B.1. de Caselas). Isto deveu-se à incompatibilidade horária após o início da

intervenção da “Psicomotricidade na Escola”. No quadro seguinte (quadro 6), é possível visualizar o planeamento anual das sessões de “Afetos na Escola”. No âmbito deste trabalho não será apresentado o trabalho desenvolvido neste projeto, no entanto, é possível consultar em anexo o manual e os sumários das sessões.

Quadro 5 – Planeamento anual das sessões de “Afetos na Escola

Mês	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	mai.	jun.
1ºAno	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	9	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-
	21	-	-	-	-	-	-	-
	28	-	-	-	-	-	-	-
2º A	-	-	-	4	4	-	-	3
	-	-	-	-	11	8	6	-
	-	-	14	18	-	15	13	-
	-	-	21	25	-	22	20	-
	-	-	28	-	-	29	27	-
3ºB	-	-	-	-	-	2	-	4
	-	12	8	5	5	9	7	-
	-	-	15	-	12	16	14	-
	20	-	22	19	-	23	21	-
	27	-	29	26	-	30	28	-

Legenda: ■ - Sessão ■ - Não houve sessão

A intervenção no CSPO teve uma duração de seis meses, perfazendo um total de 23 sessões previstas, das quais 22 foram realizadas. No quadro seguinte (quadro 6), é possível verificar o planeamento anual das sessões de psicomotricidade no CSPO.

Quadro 6 – Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade no CSPO

Mês	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	mai.
Dias	-	4	-	-	5	2	-
	-	11	8	5	12	9	7
	13	-	15	-	-	16	14
	20	-	22	19	-	23	21
	27	-	29	26	-	30	28

Legenda: ■ - Sessão ■ - Não houve sessão

3.4. Planeamento dos objetivos e estrutura da intervenção

3.4.1. Casa da Fonte e Psicomotricidade na Escola

A intervenção na Casa da Fonte e no projeto Psicomotricidade na Escola da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier teve como base o programa de Treino de Competências Pessoais e Sociais (Matos & Tomé, 2012).

As atividades foram delineadas em função das características e das necessidades de cada grupo, incidindo fortemente nas competências pessoais e sociais. Os objetivos gerais e específicos, para a intervenção na Casa da Fonte e na Psicomotricidade na Escola foram definidos após a análise, através do programa SPSS versão 21, dos dados iniciais do questionário SDQ. Nos dois contextos de intervenção, para além da análise dos dados do questionário SDQ foi realizada uma avaliação informal pelas estagiárias no decorrer das sessões, através da qual se verificou a necessidade de intervir nos fatores psicomotores e nas competências cognitivas, no entanto não houve uma avaliação quantitativa destes objetivos gerais.

Deste modo, os objetivos gerais e específicos definidos para a intervenção na Casa da Fonte e na Psicomotricidade na Escola encontram-se referidos no quadro 7.

Quadro 7: Objetivos gerais e específicos da intervenção na Casa da Fonte e na Psicomotricidade na Escola

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Promover as competências pessoais e sociais	Promover a assertividade; Potencializar a identificação e resolução de problemas; Promover a tomada e manutenção de decisões; Potencializar a gestão de alternativas; Promover o cumprimento de regras; Promover a comunicação verbal e não-verbal; Potencializar a expressão e a compreensão dos sentimentos; Promover a identificação e gestão de emoções; Estimular a interajuda, a partilha e a cooperação; Identificar os sentimentos/emoções do outro; Promover a empatia; Facilitar a relação entre os pares e as figuras de autoridade; Desenvolver atitudes de liderança assertiva no grupo.
Promover o bem-estar psicológico	Diminuir os níveis de ansiedade; Melhorar a autoestima e o autoconhecimento.
Promover a autorregulação do comportamento	Promover o controlo da agressividade e da impulsividade; Aumentar a capacidade de resistência à frustração.
Melhorar as competências cognitivas	Aumentar o tempo de concentração e empenho numa tarefa; Melhorar a capacidade de atenção/focalização num estímulo relevante; Promover a capacidade de memória.
Desenvolver os fatores psicomotores	Tonicidade; Lateralização (reconhecimento direita/esquerda); Noção do corpo; Praxia Global (coordenação óculo-manual).

Cada sessão obedecia a uma estrutura pré-estabelecida que compreendia momentos distintos como a entrada, o diálogo inicial, as atividades, o retorno à calma e o diálogo final. No primeiro momento, que corresponde à entrada, era feita a organização do grupo de modo a iniciar a sessão, promovendo simultaneamente o cumprimento das regras inerentes à mesma. No segundo momento, diálogo inicial, era realizada uma exposição individual sobre a semana e outros aspetos que as crianças pretendessem partilhar, de modo a promover o convívio e a coesão entre os elementos do grupo. Ainda neste momento da sessão eram lembradas, pelas crianças, as atividades realizadas na sessão anterior e por fim, as estagiárias referiam sucintamente as atividades a realizar na presente sessão. No terceiro momento, eram realizadas atividades com vista ao desenvolvimento dos objetivos específicos da intervenção. No quarto momento, retorno à

calma, eram realizadas atividades que promovessem a relaxação muscular e o controlo respiratório. Por último, no diálogo final, era realizada uma reflexão acerca da importância das atividades e das sensações vividas pelas crianças ao longo da sessão e era realizada a autoavaliação do comportamento. Convém ainda referir que nas primeiras sessões da Casa da Fonte as crianças eram levadas até ao local de intervenção por um educador; além disso o diálogo final na Casa da Fonte englobava uma reflexão mais extensa, acerca das atividades desenvolvidas, uma vez que as sessões tinham uma maior duração relativamente às sessões da Psicomotricidade na Escola.

Para a realização dos objetivos específicos foram realizadas atividades, por exemplo: jogos de cooperação e resolução de problemas, jogos de regras, atividades expressivas, atividades de compreensão e expressão de sentimentos e emoções, atividades de relaxação, entre outras. Como estratégias gerais de atuação para o grupo adotaram-se as seguintes: dar espaço às crianças para se expressarem privilegiando a capacidade de iniciativa e espontaneidade; promover a expressão de conflitos internos no espaço da sessão; mostrar às crianças o impacto que os seus comportamentos têm sobre o grupo, responsabilizando-as pelos mesmos; reforçar os comportamentos de calma e atenção, ignorando a agitação e a impulsividade; valorizar a criança não só pelos seus êxitos como também pelas suas capacidades relacionais e afetivas; corresponsabilização de todas as crianças na construção e manutenção de regras; reconhecimento do bom comportamento do grupo, através da entrega de prémios; retirar as crianças das atividades quando estas perturbavam o bom funcionamento da sessão, proporcionando um momento de reflexão sobre as suas atitudes.

3.4.2. Centro Social Paroquial de Oeiras

No Centro Social Paroquial de Oeiras (CSPO) todas as sessões foram realizadas com vista a cumprir os objetivos previamente definidos, focando principalmente as competências pessoais e sociais.

Após a recolha dos dados, resultantes da aplicação do protocolo de avaliação aos utentes, procedeu-se à sua análise com recurso ao programa estatístico SPSS versão 21, e por fim, delineararam-se os objetivos para o CSPO. Para além destes dados quantitativos, foi ainda realizada uma avaliação informal nas primeiras sessões, através da observação do comportamento dos utentes. Desta forma, os objetivos gerais e específicos estabelecidos para a intervenção com os idosos no CSPO são apresentados no quadro 8.

Quadro 8: Objetivos gerais e específicos da intervenção no CSPO

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Promover as competências pessoais e sociais	Promover a capacidade de identificação e resolução de problemas; Promover a capacidade de iniciativa; Promover a gestão de conflitos; Promover a assertividade; Potencializar a gestão de alternativas. Promover a expressão e compreensão de sentimentos; Potencializar a identificação e gestão das emoções; Promover a interajuda e cooperação entre os utentes; Promover a empatia.
Promover o bem-estar psicológico	Promover a autoestima; Promover a partilha e reflexão sobre as

	vivências pessoais;
Promover a manutenção das competências cognitivas	Estimular a memória; Melhorar a capacidade de atenção e concentração; Melhorar Orientação temporal;
Desenvolver os fatores psicomotores	Tonicidade; Promover o equilíbrio; Noção do corpo; Praxia global (agilidade dos membros superiores); Praxia fina (coordenação dinâmica manual).

De uma forma geral, as sessões com os idosos eram compostas por cinco momentos distintos, nomeadamente: a entrada, o diálogo inicial, as atividades, o retorno à calma e o diálogo final. No primeiro momento, a entrada, as estagiárias dirigiam-se à sala de convívio a fim de chamar os utentes para a sessão, ajudando aqueles que apresentavam mais dificuldades ao nível da mobilidade. No segundo momento, diálogo inicial, era realizada uma exposição sobre a semana e outros aspetos que utentes pretendessem partilhar, de modo a promover o convívio entre os elementos do grupo. Em seguida, era realizada a orientação temporal (dia da semana, dia do mês, mês, ano e estação do ano) e eram lembradas, pelos utentes, as atividades realizadas na sessão anterior. Ainda neste momento, as estagiárias referiam sucintamente as atividades a realizar na presente sessão. No terceiro momento, eram realizadas atividades com vista ao desenvolvimento dos objetivos específicos da intervenção. No quarto momento, retorno à calma, eram realizadas atividades que promovessem a relaxação muscular, a mobilização articular e o controlo respiratório. Por último, no diálogo final, era realizada uma partilha acerca das atividades e das sensações vividas pelos utentes ao longo da sessão.

Para a realização dos objetivos específicos foram realizadas atividades, como por exemplo: atividades para promover a resolução de problemas, atividades expressivas, atividades de compreensão e expressão de sentimentos e emoções, atividades de relaxação, atividades de estimulação da atenção concentração e memória; entre outras. Como estratégias gerais de atuação para o grupo adotaram-se as seguintes: dar espaço aos utentes para se expressarem e partilharem vivências pessoais; promover a capacidade de escutar o outro, respeitando a sua opinião; incentivar a participação dos utentes nas sessões valorizando não só os seus êxitos como também as suas capacidades de relação interpessoal; e evidenciar os benefícios da participação nas sessões para o seu bem-estar e qualidade de vida.

3.5. Avaliação

3.5.1. Instrumentos de avaliação

Strenghts and Difficulties Questionnaire – SDQ (Goodman, 1998; traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro; Fonseca, & Gaspar, 2000)

O SDQ é um questionário constituído por 25 itens, divididos em 5 subescalas: comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, problemas de comportamento e problemas de relacionamento com os colegas. Cada uma destas subescalas é composta por 5 itens. Existem 3 versões deste questionário, uma para os pais, outra para os professores e outra para as crianças (ver anexo IV, V e VI).

A cotação de cada um dos itens realiza-se através de uma escala de likert de 3 pontos, na qual 0 corresponde a “não é verdade”, 1 corresponde a “é um pouco verdade” e 2

corresponde a “é muito verdade”. Para além destes itens existem mais 5 perguntas relativamente ao impacto das dificuldades na vida da criança e por fim, um espaço de resposta aberta para descrição de situações ou preocupações relevantes (ver anexo V e VI). A soma de cada escala permite obter uma classificação das crianças em três níveis: desenvolvimento normal, limítrofe ou anormal.

Ficha de Avaliação da Sessão (Félix, Oliveira & Faria, 2008 adaptado por Melo & Teves, 2012)

A ficha de avaliação da sessão é uma ficha entregue todas as sessões às crianças, no fim da mesma, com o objetivo de estas mostrarem o seu nível de satisfação e interesse sobre as sessões, as atividades realizadas, assim como quais os objetivos trabalhados em cada (ver anexo IX).

Este questionário é composto por 6 ou 4 perguntas de resposta fechada (consoante o número de atividades realizadas) que pretendem avaliar o grau de satisfação relativamente à sessão, atividades preferidas e as que menos gostou, aprendizagens adquiridas na sessão e como se sentem no final da mesma.

Ficha de Avaliação do Impacto do Programa (Aventura Social, 2009 adaptado por Melo & Teves, 2012)

A ficha do impacto do programa tem com objetivo perceber a opinião das crianças sobre as sessões, a sua utilidade e interesse, atividades preferidas, competências adquiridas, evoluções percebidas, se voltariam a participar e se recomendavam a um amigo. Este instrumento é composto por 5 questões de resposta fechada e duas questões de resposta aberta (ver anexo X).

Protocolo de Avaliação para os Idosos (Cardoso e Matias, 2011 adaptado por Melo & Teves, 2012)

Para que a avaliação dos idosos fosse o mais diversificada possível, foi elaborado pelas estagiárias um protocolo baseado em cinco instrumentos de avaliação, o “Elderly Assessment System (EASYCare)” (SCOPE, 1998), o “Mini Mental State Examination (MMSE)” (Folstein, Folstein & McHugh, 1975), o “World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II)” (WHO, 2001), o “Examen Géronto Psychomoteur (EGP)” (Michel, Soppelsa & Albaret, 2011) e o “World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)” (WHOQOL Group, 1998).

Este Protocolo é constituído por duas partes, uma de autopreenchimento e outra de avaliação qualitativa dos aspetos psicomotores. A primeira parte do Protocolo de avaliação consiste numa série de questões sobre os dados pessoais e sobre sete domínios: orientação; saúde mental e bem-estar; retenção e evocação; domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, sendo estes 4 últimos domínios da versão reduzida da WHOQOL-BREF. Cada domínio é constituído por um número variável de questões, sendo que as respostas são dadas através de uma escala *likert* de 1 a 5, à exceção do domínio da retenção e evocação que consiste na repetição e evocação de três palavras e é cotado pelo avaliador. Na avaliação da componente psicomotora são observados aspetos como o equilíbrio estático e dinâmico, a motricidade fina, a noção corporal e a estruturação rítmica. Para além destas duas partes, no final, é avaliado e cotado o nível de vigília que o cliente demonstrou durante toda a avaliação (ver anexo XI e XII).

3.6. Condições de avaliação

3.6.1. Casa da Fonte

Para a avaliação das crianças da Casa da Fonte foram utilizados três instrumentos: o *Strenghts and Difficulties Questionnaire* – SDQ (Goodman, 1998; traduzido e adptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2000); a Ficha de Avaliação do Impacto do Programa (Aventura Social, 2009, adaptada por Melo & Teves, 2012); e a avaliação da sessão (Felix, Oliveira e Faria, 2008 adaptado por Melo & Teves, 2012).

O SDQ foi aplicado duas vezes durante o período de intervenção, antes da intervenção e no final da mesma. Através do preenchimento do SDQ do grupo inicial, e de acordo com as observações efetuadas nas primeiras sessões, foi possível definir os objetivos para a intervenção. A ficha de avaliação da sessão foi preenchida por cada criança após as sessões, de forma a avaliar a perceção destas relativamente às competências adquiridas e ao grau de satisfação. Esta avaliação permitiu uma maior compreensão da evolução da aquisição de competências assim como da motivação de cada criança. Quando as crianças saíssem da casa era novamente preenchido o SDQ, e a criança preenchia também a ficha da Avaliação do Impacto do Programa. Atendendo às saídas repentinas de algumas crianças e ao número reduzido de sessões que participaram, não foi possível obter o SDQ-avaliação final, e a a ficha de Avaliação do Impacto do Programa de todas as crianças.

Convém ainda referir que na Casa da Fonte foram ainda entregues trabalhos de casa no final de algumas sessões, que visavam motivar as crianças para as sessões, reforçando os conteúdos dados nas mesmas (ver anexo XIII). Esses trabalhos eram realizados durante a semana, com o auxílio das educadoras da instituição, e eram apresentados na sessão seguinte durante o diálogo inicial. Através dos trabalhos de casa, foi também possível verificar se os objetivos abordados durante as sessões estavam a ser cumpridos, servindo estes de complemento à ficha de avaliação da sessão.

3.6.2. Psicomotricidade na Escola

De forma a realizar a seleção das crianças, foi pedido aos professores que preenchessem o *Strenghts and Difficulties Questionnaire* – SDQ (Goodman, 1998; traduzido e adptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2000) para as crianças que apresentassem, pelo menos, três das seguintes características: dificuldades de atenção e ou concentração; impulsividade; agressividade; dificuldades de aceitação e cumprimentos das regras; dificuldades de relacionamento com os pares ;e dificuldades de aceitação da figura de autoridade. Foram distribuídos 5 questionários por cada turma. Após a recepção dos questionários e análise através dos dados, no programa SPSS, versão 21, seleccionou-se as crianças para a intervenção. Após terem sido selecionadas, foi entregue o mesmo questionário aos pais, juntamente com o pedido de autorização, para autorizarem a participação das crianças nas sessões de psicomotricidade. As crianças seleccionadas e autorizadas também preencheram o questionário, mas apenas as de 3º e 4º ano pois considerou-se que as crianças de 1º e 2º ano ainda não tinham adquirido as competências de leitura e escrita elementares, apresentando maior dificuldade na compreensão de alguns termos utilizados. No final da intervenção os pais, professores e crianças, voltaram a preencher o questionário SDQ, com o intuito de se analisar os resultados após as sessões de psicomotricidade. As crianças preencheram também a ficha de Avaliação do Impacto do Programa que permitiu obter a percepção das crianças relativamente às sessões e competências adquiridas.

3.6.3. Centro Social Paroquial de Oeiras

A avaliação dos utentes foi realizada através da implementação do protocolo de avaliação (Cardoso e Matias, 2011 adaptado por Melo & Teves, 2012), sustentado num conjunto de instrumentos: “*Elderly Assessment System (EASYCare)*”, “*Mini Mental State*

Examination (MMSE)”, “*World Health Organization Disability Assessment Schedule II (Whodas II)*”, “*Examen G ronto Psychomoteur (EGP)*” e “*World Health Organization Quality of Life (WHOQOL_BREF)*”. Este protocolo foi aplicado no início e no final da intervenção. A sua aplicação inicial, juntamente com as observações realizadas durante as primeiras sessões, e as observações efetuadas pelo psicólogo da instituição, possibilitaram um levantamento das necessidades de modo a realizar-se a planificação dos objetivos a trabalhar. A aplicação do mesmo protocolo no final da intervenção permitiu comparar e analisar os resultados obtidos após as sessões de psicomotricidade.

3.7. Resultados da Intervenção

Antes de serem apresentados os resultados da intervenção nos diferentes locais de estágio, é apresentado o quadro onde é demonstrado os intervalos para a interpretação da pontuação das escalas do SDQ validados para a população portuguesa. No início de cada grupo encontra-se um gráfico de valores médios, do grupo inicial, obtidos pelos SDQ’s dos professores, dos pais e das crianças, que é interpretado com base neste quadro. Este quadro serve de interpretação para todos os resultados dos grupos seguidamente apresentados.

Quadro 9 – Intervalos para a interpretação da pontuação das escalas do SDQ validados para a população portuguesa

	Normal			Limítrofe			Anormal		
	Prof. (Edu.)	Pais (Aux.)	Criança	Prof. (Edu.)	Pais (Aux.)	Criança	Prof. (Edu.)	Pais (Aux.)	Criança
Sintomas Emocionais	0-4	0-3	0-5	5	4	6	6-10	5-10	7-10
Problemas de Comportamento	0-2	0-2	0-3	3	3	4	4-10	4-10	5-10
Hiperatividade	0-5	0-5	0-5	6	6	6	7-10	7-10	7-10
Problemas de Relacionamento com os Colegas	0-3	0-2	0-3	4	3	4-5	5-10	4-10	6-10
Comportamento Pró.Social	6-10	6-10	6-10	5	5	5	0-4	0-4	0-4

3.7.1. Casa da Fonte

De seguida, encontram-se os resultados da avaliação inicial e final das crianças da Casa da Fonte, obtidos através do Questionário SDQ preenchido pelos educadores (versão dos Professores), pelo auxiliar que fosse mais próximo da criança (versão dos Pais) e pelas próprias crianças. Os resultados obtidos na avaliação inicial permitiram estabelecer os objetivos a trabalhar ao longo das sessões de Psicomotricidade.

Das 18 crianças que fizeram parte do grupo, apenas serão apresentados os dados de nove crianças, uma vez que oito delas estiveram presentes em menos de cinco sessões das 23 realizadas. Além disso, os seus resultados não se consideram pertinentes para avaliação, devido ao curto período de intervenção. Convém ainda referir, que não foi possível obter a avaliação final de duas crianças que participaram em mais de cinco sessões, e uma vez que não foi possível realizar a avaliação pr -p s para estas duas crianças, os seus resultados não serão apresentados. Dessas nove crianças, será dado mais destaque aos resultados de quatro crianças, que estiveram presentes em mais de metade das sessões. Essas quatro crianças estarão divididas, das restantes, na apresentação gráfica dos resultados, através de uma linha preta vertical.

No gráfico 7 podemos verificar os valores médios, das cinco subescalas do SDQ, do grupo inicial, constituído por cinco crianças.

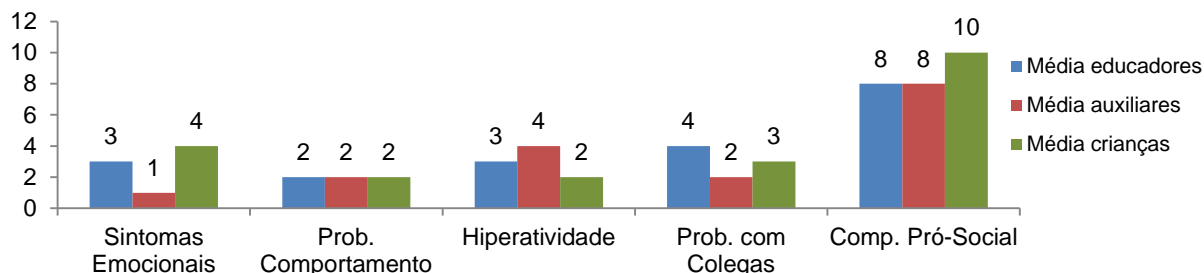


Gráfico 6: Valores médios do grupo inicial obtidos pelos SDQ's dos educadores, dos auxiliares e das crianças – Casa da Fonte

Como se pode observar no gráfico 6, todas as subescalas se encontravam dentro da normalidade (ver quadro 9) para as três avaliações, à exceção da subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, que se encontrava no nível “limítrofe”, segundo a avaliação dos educadores.

As sessões com este grupo oscilaram ao longo da intervenção, dada a frequente entrada e saída de crianças na Casa e consequentemente nas sessões de psicomotricidade. Apesar disso, considera-se que as crianças revelaram progressos após a intervenção, nomeadamente ao nível da autorregulação do comportamento, do cumprimento das regras, da participação e empenho nas atividades e da compreensão e expressão dos sentimentos.

Avaliação inicial e final dos educadores – Casa da Fonte

Neste tópico serão apresentados todos os dados obtidos a partir do SDQ, através da avaliação inicial e final, dos educadores. Será feita a apresentação de todas as subescalas, e do total de dificuldades, realizando-se ainda uma comparação entre os valores iniciais e os valores finais de nove crianças.

No gráfico 8 podemos verificar os valores da subescala dos Sintomas Emocionais.

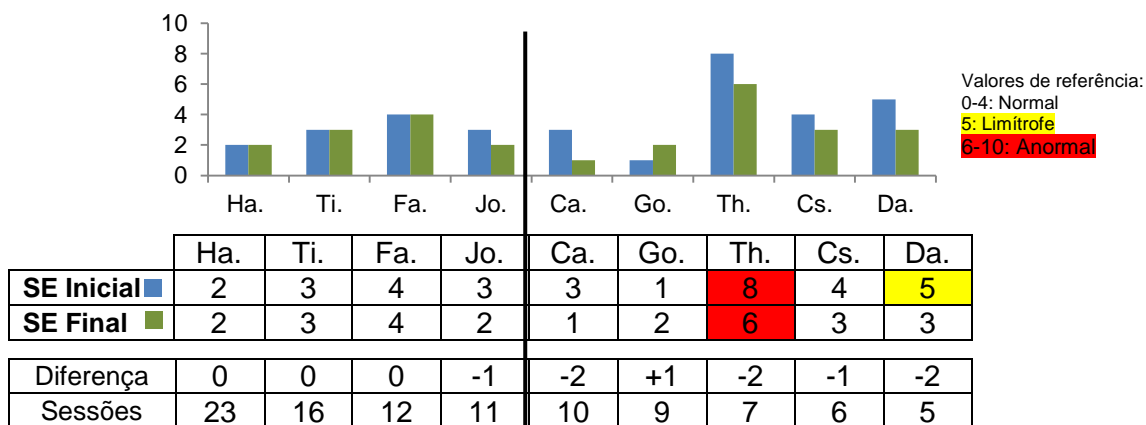


Gráfico 7: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 7, podemos constatar que inicialmente havia sete crianças na categoria “normal”, uma na “limítrofe” e uma na “anormal”. Após a intervenção, os resultados foram ligeiramente diferentes, sendo que na avaliação final havia oito crianças na categoria “normal” e uma na “anormal”. Relativamente às quatro

crianças que estiveram presentes em mais sessões, pode-se constatar que inicialmente todas estavam no nível “normal”, tendo-se mantido neste nível após a intervenção.

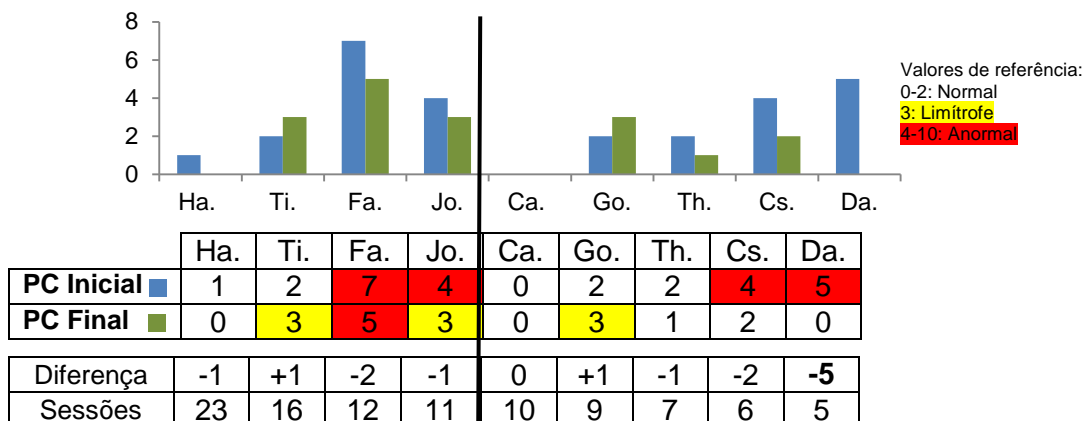


Gráfico 8: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte

Analisando agora os dados da subescala dos problemas de comportamento (gráfico 8), pode-se afirmar que na avaliação inicial cinco crianças encontravam-se no nível “normal” e quatro no “anormal”. Após a intervenção, cinco crianças apresentaram resultados no nível “normal”, três no nível “limítrofe” e uma no nível “anormal”, o que revela uma melhoria dos resultados após a intervenção.

Quanto às quatro crianças destacadas, verifica-se que antes da intervenção duas se encontravam no nível “normal” e as outras duas no “anormal”. Após a intervenção, uma criança encontrava-se no nível “normal”, duas no nível “limítrofe” e uma no nível “anormal”, sendo que três apresentaram progressos e uma revelou piores resultados após a intervenção.

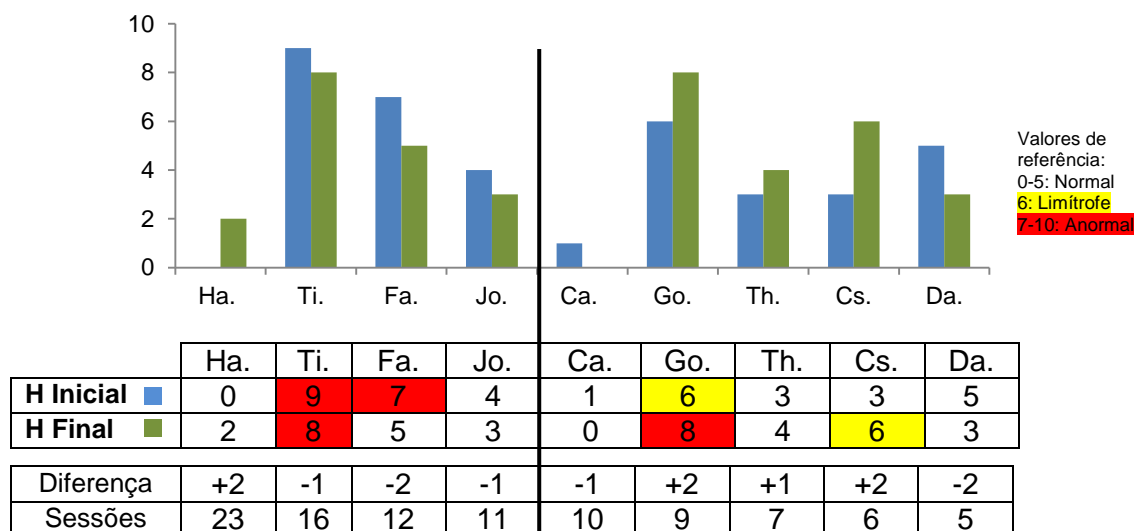


Gráfico 9: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 9, que representa a subescala da hiperatividade, podemos verificar que antes da intervenção seis crianças encontravam-se no nível “normal”, uma criança no nível “limítrofe” e duas no “anormal”. Após a intervenção, o número de crianças em cada um dos níveis manteve-se.

Antes da intervenção, duas das quatro crianças que participaram em mais sessões apresentavam valores no nível “normal” e as outras duas no nível “anormal”, enquanto que após a intervenção três destas crianças estavam no nível “normal” e apenas uma no “anormal”, verificando-se uma ligeira melhoria.

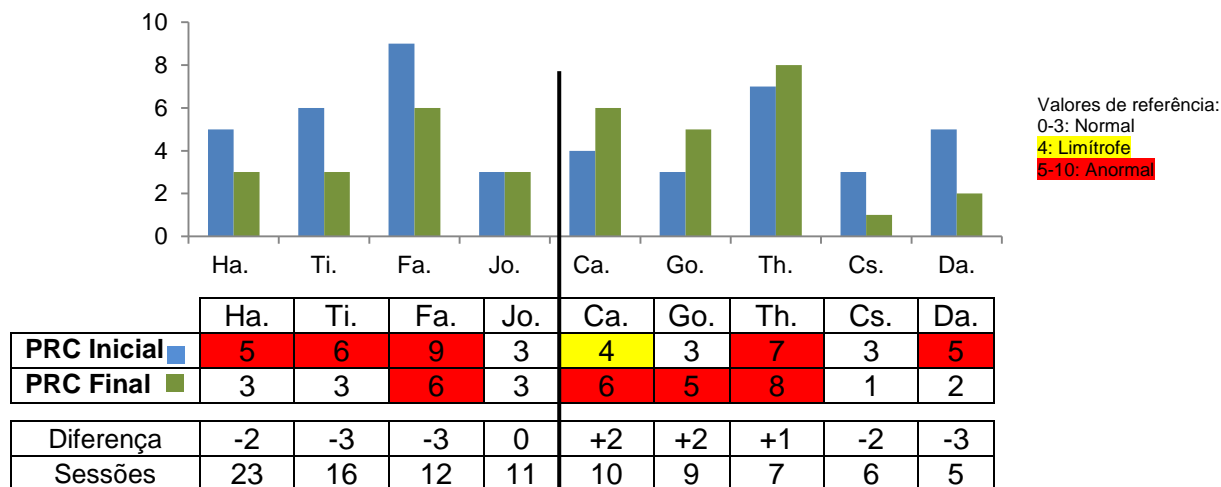


Gráfico 10: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 10, da subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, pode-se verificar que inicialmente três crianças apresentavam resultados no nível “normal”, uma no “limítrofe” e cinco no “anormal”. Após a intervenção, cinco crianças apresentaram resultados no nível “normal” e quatro no nível “anormal”. Em relação às quatro crianças que participaram em mais sessões, inicialmente uma delas apresentou resultados no nível “normal” e três apresentavam resultados no nível “anormal” e após a intervenção três tiveram resultados no nível “normal” e uma no “anormal”.

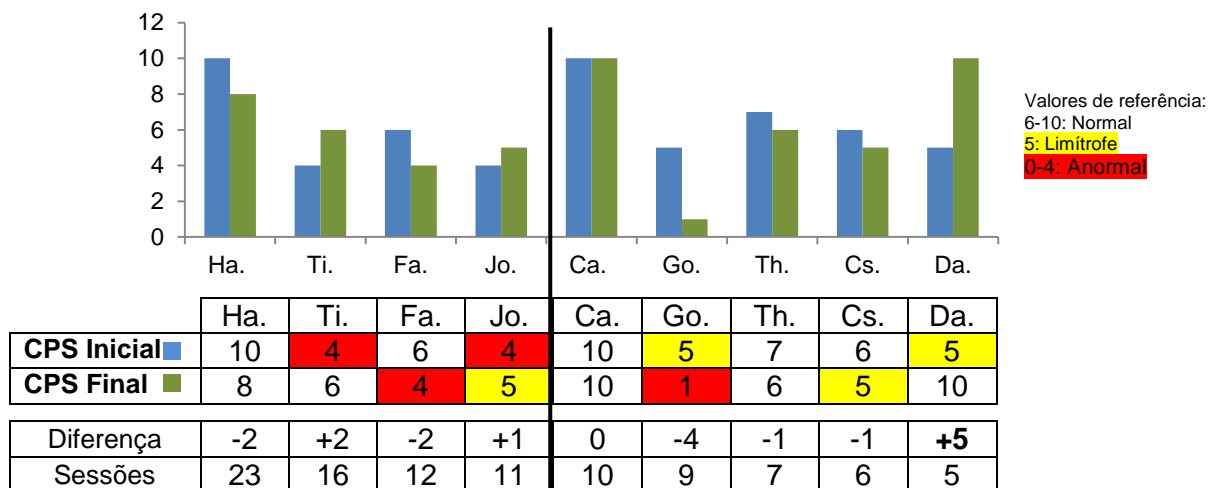


Gráfico 11: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 11, podemos verificar que, de acordo com os educadores, antes da intervenção cinco crianças encontravam-se no nível “normal”, duas crianças no nível “limítrofe” e duas no “anormal”. Após a intervenção, o número de crianças em cada um dos níveis manteve-se. Considerando agora as quatro crianças que estiveram em mais sessões, antes da intervenção duas apresentavam resultados no nível “normal” e duas no

“anormal”. Após a intervenção, duas apresentaram valores no nível “normal”, uma no “limítrofe” e uma no “anormal”.

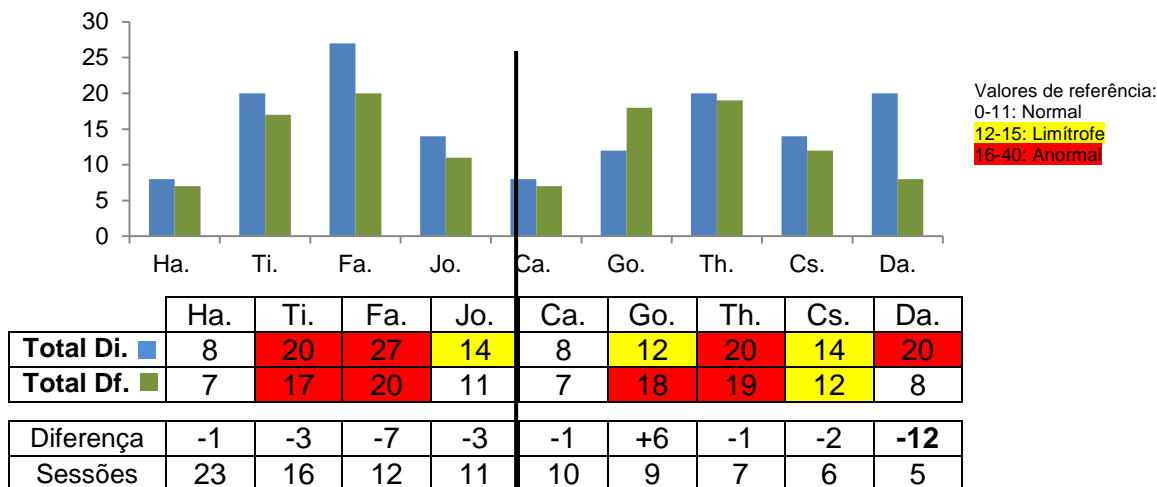


Gráfico 12: Avaliação inicial e final dos educadores do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 12, que representa o total de dificuldades do SDQ, podemos verificar que, segundo os educadores, antes da intervenção, apenas duas crianças apresentavam valores de nível “normal”, três de nível “limítrofe” e quatro de nível “anormal”. Após a intervenção, aumentou para quatro o número de crianças no nível “normal”, diminuiu para uma no nível “limítrofe” e manteve-se o número de crianças no nível “anormal”.

Das quatro crianças que participaram em mais sessões, antes da intervenção, uma encontrava-se no nível “normal”, uma no nível “limítrofe” e duas no nível “anormal”. Após a intervenção a criança que estava no nível “limítrofe” transitou para o nível “normal”, enquanto que as outras se mantiveram no mesmo nível.

Avaliação Inicial e Final dos Auxiliares

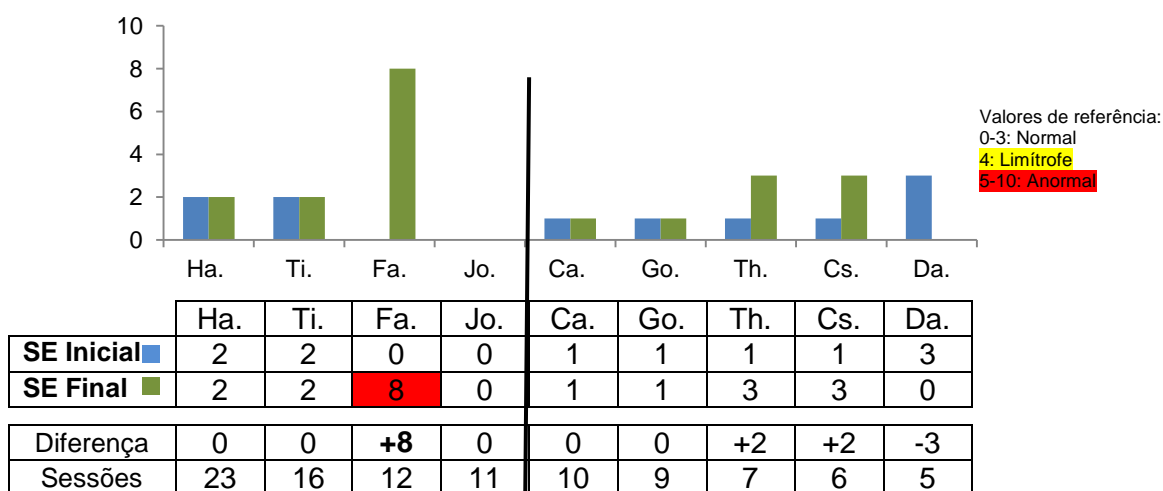


Gráfico 13: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 13 podemos constatar que para os auxiliares todas as crianças se encontravam no nível “normal” na subescala dos sintomas emocionais, antes da intervenção. Após a intervenção uma criança passou do nível “normal” para o nível

“anormal”. Relativamente às quatro crianças presentes em mais sessões, inicialmente todas se encontravam no nível “normal” e após a intervenção, uma delas passou para o nível “anormal”.

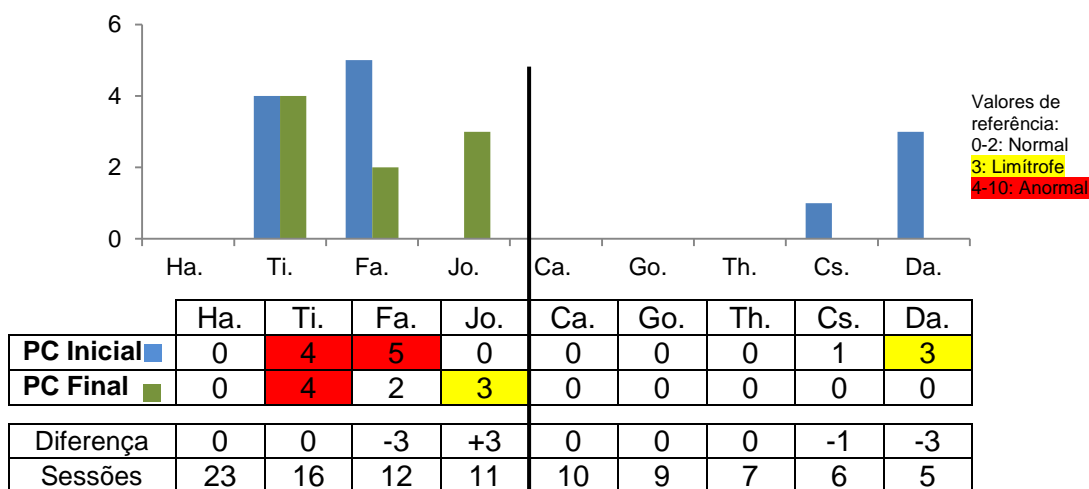


Gráfico 14: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Problemas do Comportamento do SDQ – Casa da Fonte

Analisando agora os resultados da subescala dos problemas de comportamento (gráfico 14), podemos verificar que, segundo os auxiliares, antes da intervenção existiam seis crianças no nível “normal”, uma no nível “limitrofe” e duas no nível “anormal”. Após a intervenção, sete crianças encontravam-se no nível “normal”, uma no “limitrofe” e uma no “anormal”. Em relação às quatro crianças que participaram em mais sessões, verifica-se que antes da intervenção havia duas crianças no nível “normal” e duas no nível “anormal”. Após a intervenção, havia o mesmo número de crianças no nível “normal”, uma criança no nível “limitrofe” e uma no nível “anormal”.

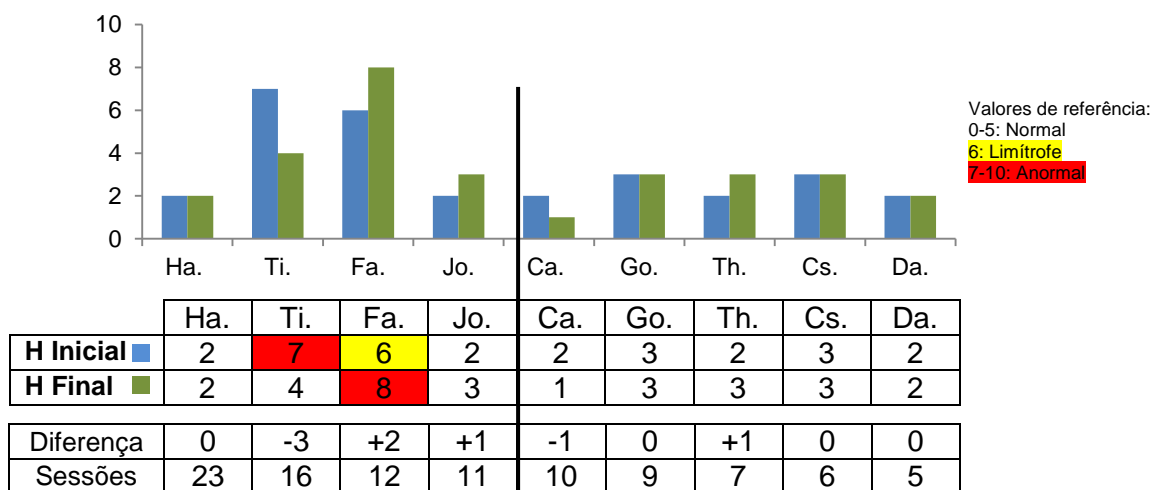


Gráfico 15: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 15 podemos constatar que para os auxiliares sete crianças estavam no nível “normal”, uma no “limitrofe” e uma no “anormal”, antes da intervenção. Após a intervenção, oito crianças estavam no nível “normal” e uma no “anormal”. Quanto às quatro crianças destacadas, inicialmente duas estavam no nível “normal”, uma no “limitrofe” e uma no “anormal”. Já no final da intervenção, verificou-se que três crianças estavam no nível “normal” e uma no nível “anormal”.

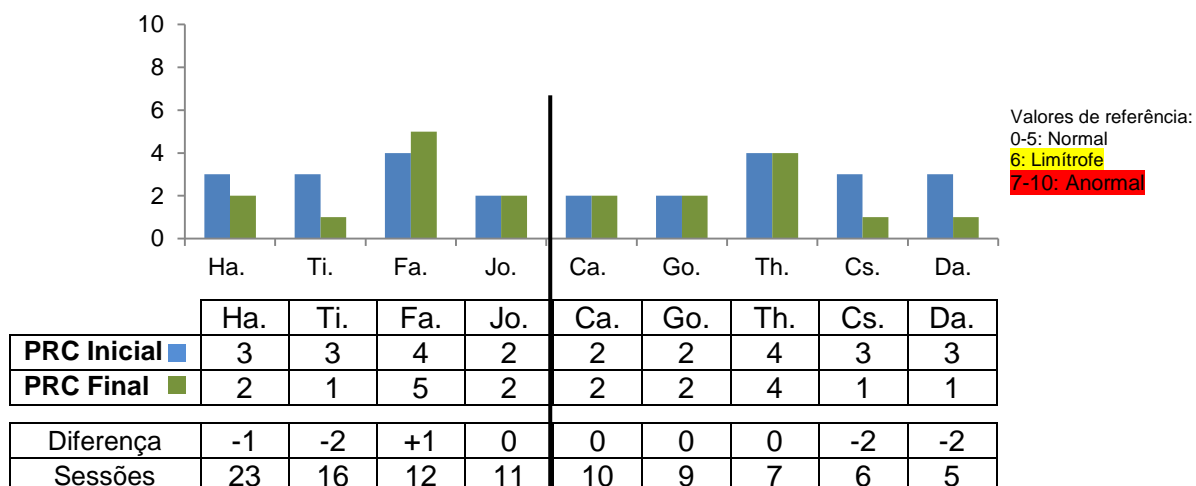


Gráfico 16: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 16 podemos verificar que inicialmente e segundo os auxiliares, todas as crianças se encontravam no nível “normal” na subescala dos problemas de relacionamento, resultados que se mantiveram após a intervenção.

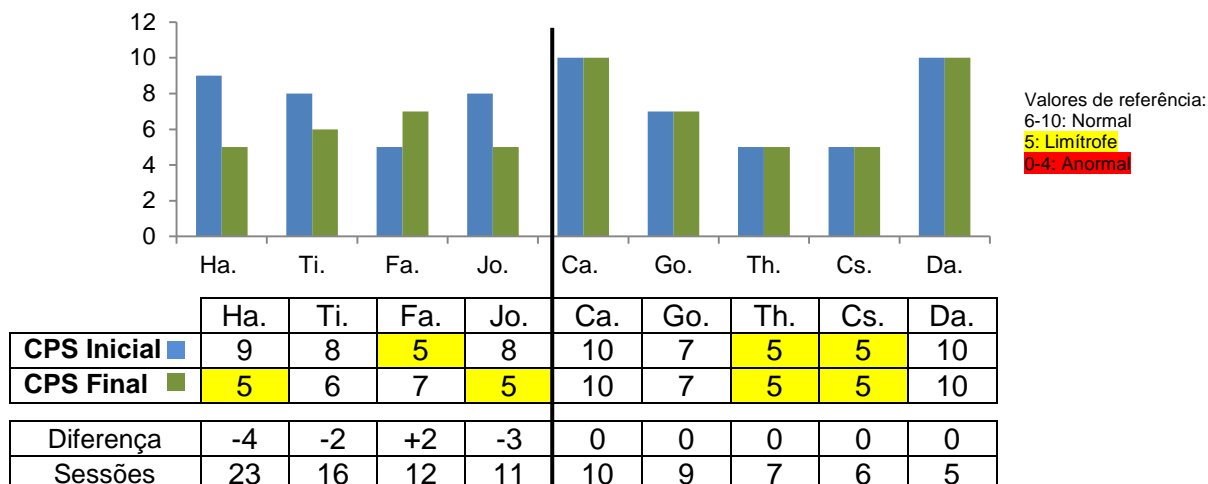


Gráfico 17: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 17, da subescala do comportamento pró-social, podemos verificar que, de acordo com os auxiliares, inicialmente havia seis crianças no nível “normal” e três no “limítrofe”. Após a intervenção, e segundo os auxiliares, havia cinco crianças no nível “normal” e quatro no nível “limítrofe”.

Das quatro crianças destacadas, podemos verificar que antes da intervenção três encontravam-se no nível “normal” e uma no “limítrofe” e após a intervenção, duas encontravam-se no nível “normal” e as outras duas no “limítrofe”.

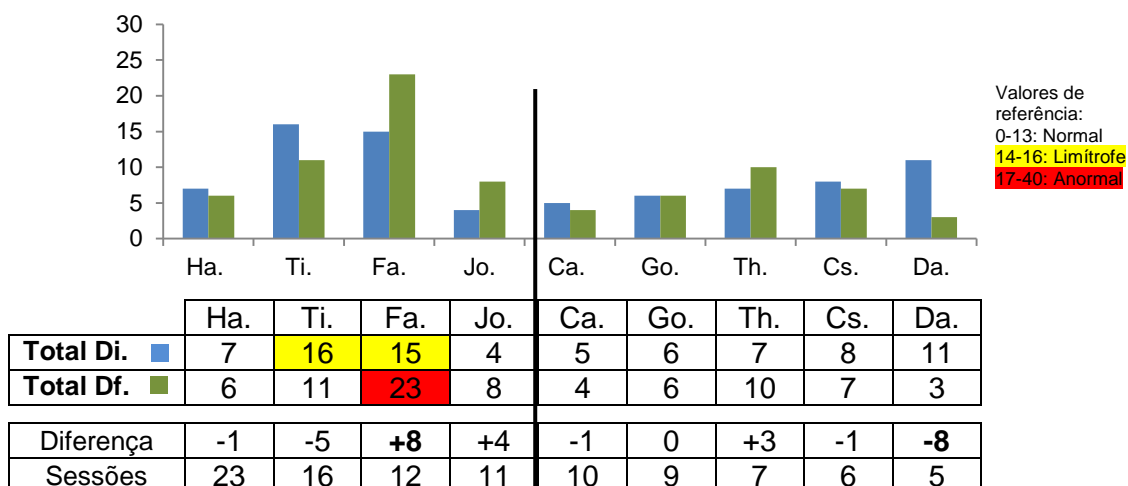


Gráfico 18: Avaliação inicial e final dos auxiliares do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte

Analisando agora os dados do gráfico 18, do total de dificuldades do SDQ, podemos verificar que, segundo os auxiliares, antes da intervenção existiam sete crianças no nível “normal” e duas no nível “limítrofe”. Após a intervenção, oito crianças encontravam-se no nível “normal” e uma no nível “anormal”.

Em relação às quatro crianças presentes em mais sessões, verifica-se que antes da intervenção havia duas crianças no nível “normal” e duas no nível “limítrofe”. Após a intervenção, havia três crianças no nível “normal” e uma no nível “anormal”.

Avaliação Inicial e Final das Crianças

Devido às frequentes, e imprevisíveis, entradas e saídas das crianças na casa da Fonte, não foi possível obter a avaliação final de três das nove crianças, anteriormente mencionadas. Convém ainda referir que não serão apresentados os resultados do Go., uma vez que esta criança não preencheu o SDQ, devido à sua idade e escolaridade. Desta forma, serão apresentados apenas os resultados de seis crianças; destacando-se apenas três crianças e não quatro como nas avaliações dos educadores e auxiliares, uma vez que não foi possível obter a avaliação final do Fa., devido à sua saída repentina da Casa da Fonte.

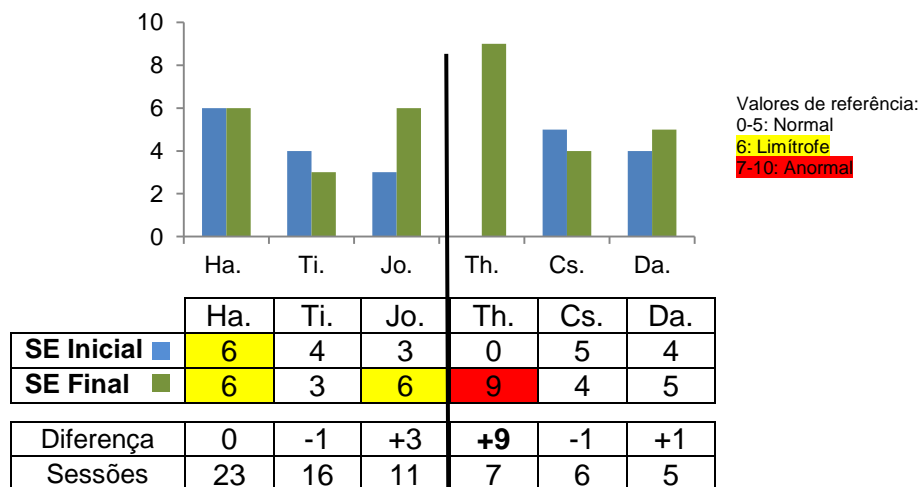


Gráfico 19: Avaliação inicial e final das crianças da subescala Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 19, podemos constatar que, segundo as crianças, antes da intervenção cinco estavam no nível “normal” e uma no nível “limítrofe”. Após a intervenção, três estavam no nível “normal”, duas no “limítrofe” e uma no “anormal”. Em relação às três crianças com mais sessões realizadas, verifica-se que antes da intervenção havia duas crianças no nível “normal” e uma no nível “limítrofe”. Após a intervenção, havia uma criança no nível “normal” e duas no nível “limítrofe”.

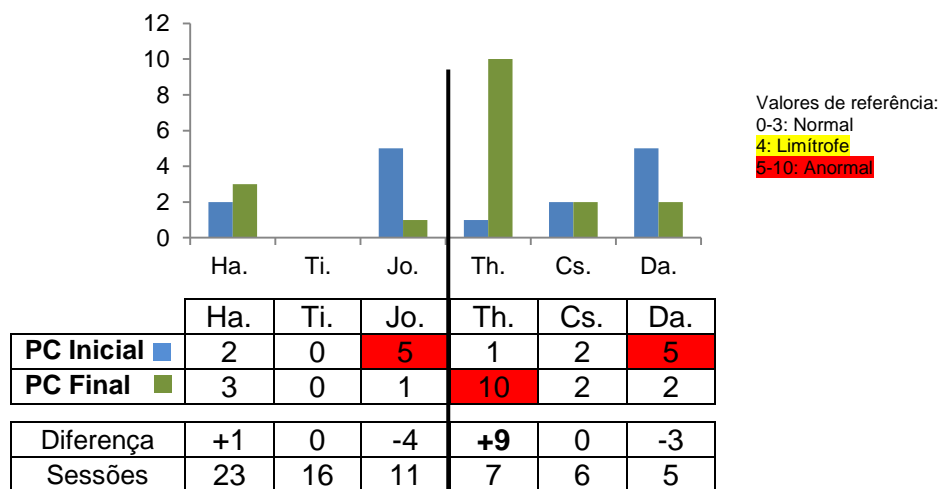


Gráfico 20: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte

Analisando agora os resultados da subescala dos problemas de comportamento (gráfico 20), pode-se verificar que na avaliação inicial quatro crianças apresentavam valores de nível “normal” e duas de nível “anormal”. Após a intervenção, cinco crianças apresentaram resultados de nível “normal” e uma de nível “anormal”. Das três crianças destacadas, inicialmente verifica-se que duas se encontravam no nível “normal” e uma no “anormal” e após a intervenção, todas se encontravam no nível “normal”, o que revela uma melhoria dos resultados após a intervenção.

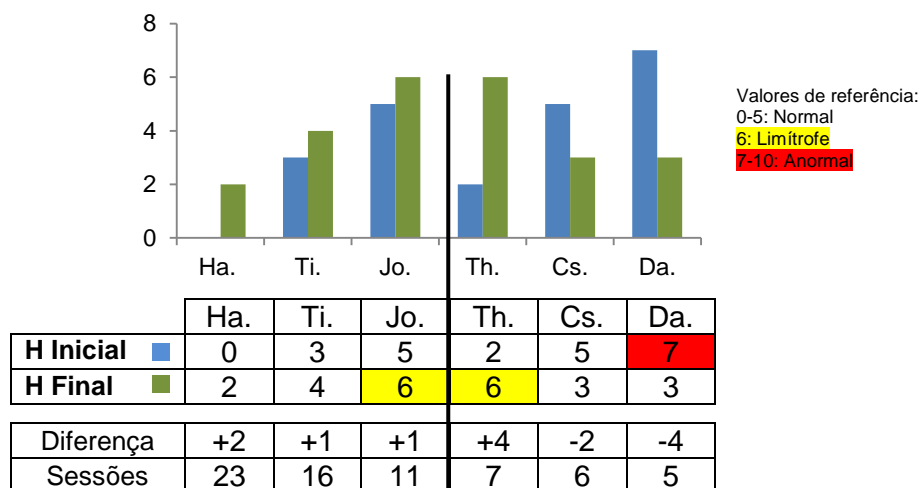


Gráfico 21: Avaliação inicial e final das crianças da subescala Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte

Através da análise do gráfico 21, representativo da avaliação das crianças na subescala da hiperatividade, verifica-se que inicialmente cinco crianças se encontravam no nível “normal” e uma no “anormal”. Após a intervenção, havia quatro crianças no nível “normal” e duas no “limítrofe”. Quanto às crianças presentes em mais sessões, inicialmente todas

se encontravam no nível “normal”, já após a intervenção duas apresentaram valores de nível “normal” e uma de nível “limítrofe”.

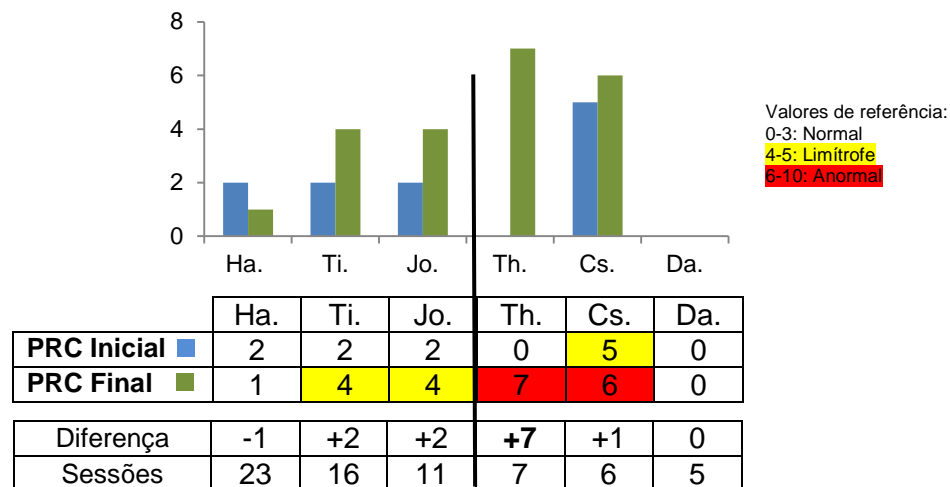


Gráfico 22: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte

Analisando agora o gráfico 22, da subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, verifica-se que inicialmente cinco crianças apresentavam valores de nível “normal” e uma de nível “limítrofe”. Após a intervenção, duas crianças apresentaram resultados de nível “normal”, duas de nível “limítrofe” e duas de nível “anormal”.

Das três crianças destacadas, inicialmente verifica-se que todas se encontravam no nível “normal” e após a intervenção, uma delas permaneceu no nível “normal” e duas transitaram para o nível “limítrofe”.

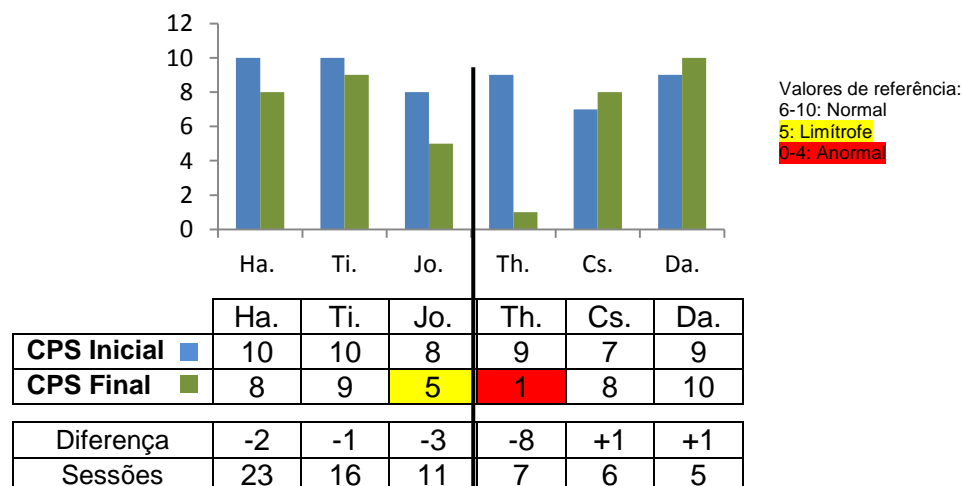


Gráfico 23: Avaliação inicial e final das crianças da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte

Através da análise do gráfico 23, da subescala do comportamento pró-social, verifica-se que na avaliação inicial as seis crianças apresentavam valores de nível “normal”. Após a intervenção, quatro crianças apresentaram resultados de nível “normal”, uma de nível “limítrofe” e uma de nível “anormal”.

Das três crianças destacadas, inicialmente verifica-se que todas se encontravam no nível “normal” e após a intervenção, duas permaneceram no nível “normal” e uma transitou para o nível “limítrofe”.

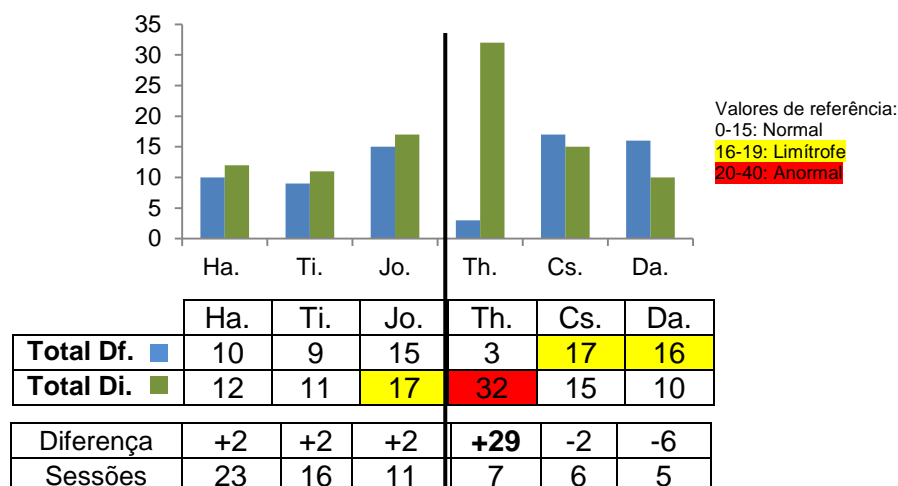


Gráfico 24: Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 24, do total de dificuldades do SDQ, podemos verificar que, de acordo com as crianças, inicialmente quatro apresentavam valores de nível “normal” e duas de nível “limítrofe”. Após a intervenção, quatro crianças apresentaram resultados de nível “normal”, uma de nível “limítrofe” e uma de nível “anormal”. Das três crianças destacadas, inicialmente verifica-se que todas se encontravam no nível “normal” e após a intervenção, duas permaneceram no nível “normal” e uma delas transitou para o nível “limítrofe”.

Em seguida serão apresentados os gráficos relativos aos valores médios iniciais e finais do grupo, obtidos pelas três fontes de avaliação. Convém referir, que segundo a avaliação dos educadores e dos auxiliares, serão contemplados os dados de nove crianças, enquanto que na autoavaliação das crianças, serão apenas contemplados os dados de seis crianças, uma vez que não foi possível obter as avaliações finais das nove crianças. É ainda de realçar que os valores da avaliação inicial e final, apresentados nos gráficos seguintes, são relativos às crianças para as quais se obtiveram os resultados nos dois momentos de avaliação.

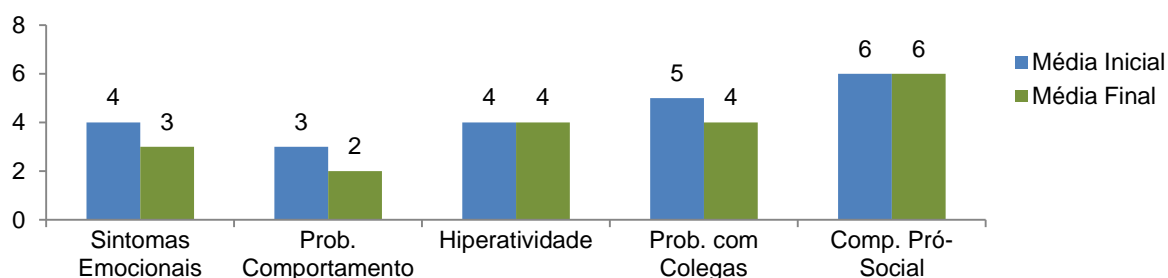


Gráfico 25: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ's dos educadores – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 25, relativo à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, de acordo com a avaliação dos educadores, as crianças apresentaram pontuações inferiores na subescala dos sintomas emocionais, dos problemas de comportamento e dos problemas de relacionamento com os colegas. Nas restantes subescalas, os valores médios finais foram iguais aos iniciais.

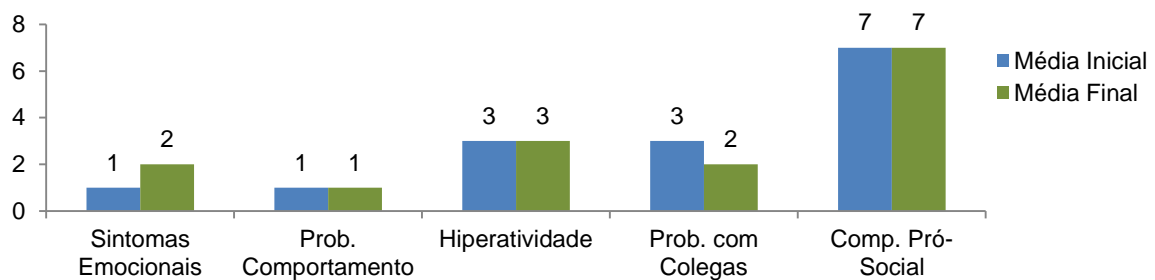


Gráfico 26: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ's dos auxiliares – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 26, referente à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, segundo a avaliação feita pelos auxiliares, as crianças não apresentaram diferenças nas pontuações em três subescalas: problemas de comportamento, hiperatividade e comportamento pró-social. Relativamente à subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, as crianças apresentaram pontuações inferiores após a intervenção, ao contrário do que se verificou ao nível dos sintomas emocionais.

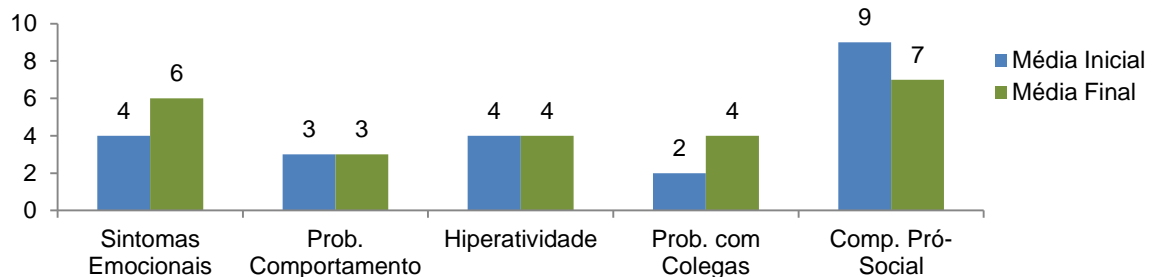


Gráfico 27: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ's das crianças – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 27, referente à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, segundo a autoavaliação feita pelas crianças, estas não apresentaram diferenças na subescala dos problemas de comportamento e da hiperatividade. Relativamente à subescala dos sintomas emocionais, dos problemas de relacionamento com os colegas e do comportamento pró-social, as pontuações foram inferiores após a intervenção.

Avaliação do Impacto do Programa

Nesta avaliação serão apresentadas as apreciações de 11 das 18 crianças que fizeram parte do grupo. Não serão apresentados os dados de sete crianças, uma vez que a maioria participou em apenas uma sessão. A avaliação do Impacto do Programa foi obtida através da Ficha de Avaliação do Impacto do Programa (em Anexo), preenchida pelas crianças no fim da intervenção, de forma autónoma ou com o auxílio dos educadores, auxiliares e estagiárias, no caso das crianças mais novas. Relativamente à utilidade da intervenção, todas as crianças consideraram que estas foram “giras e úteis”. Quanto ao facto de gostarem ou não das sessões, as 11 crianças avaliadas referiram que gostaram muito das sessões. Em relação à avaliação dos quatro momentos distintos da sessão, a maioria das crianças gostou de igual forma (“Gostei muito”) dos quatro momentos. As restantes crianças apontaram as atividades e a relaxação como os momentos prediletos da sessão, revelando gostar menos do diálogo inicial e final. No que concerne às aprendizagens efetuadas ao longo da intervenção, podemos observar as percepções das crianças face às mesmas no gráfico 28.

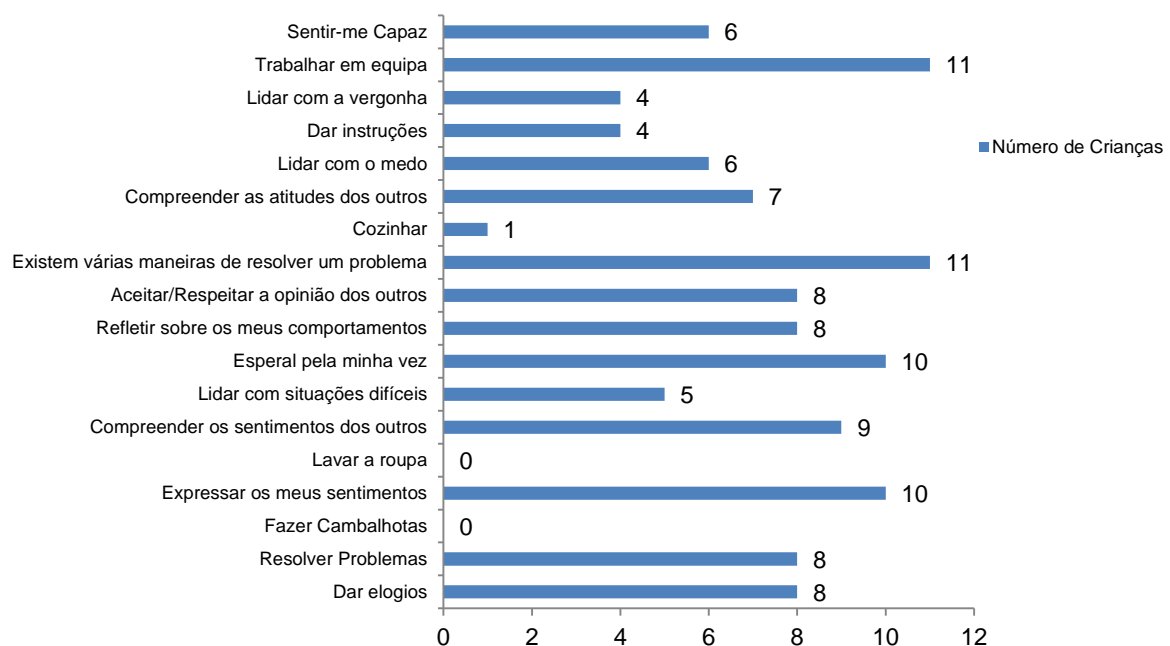


Gráfico 28: Perceção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção – Casa da Fonte

Como se pode analisar pelo gráfico 28, as crianças elegeram como principais aprendizagens adquiridas o “expressar os meus sentimentos”, o “esperar pela minha vez”, o “existem várias maneiras de resolver um problema” e o “trabalhar em equipa”. Alguns itens deste gráfico, como o “fazer cambalhotas”, o “lavar roupa” e o “cozinhar”, serviram apenas como variáveis de controlo.

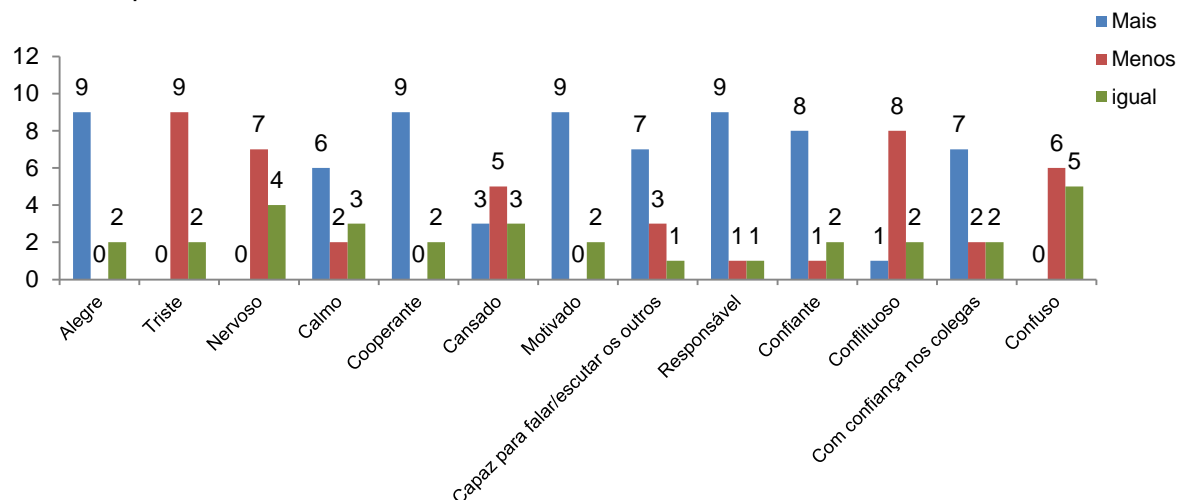


Gráfico 29: Perceção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 29, pode-se verificar que após a intervenção a maioria das crianças considerou estar mais alegre, confiante e motivada, revelando assim uma percepção positiva do seu estado psicológico. Convém ainda salientar que a maioria das crianças considerou estar menos triste, nervosa e conflituosa após a intervenção.

Serão agora apresentados os resultados do impacto do programa de três das quatro crianças que estiveram presentes em mais de metade das sessões, uma vez que não foi possível obter a apreciação do Fa. Analisando os resultados das três crianças que

participaram em mais sessões, pode-se afirmar que todas consideraram as sessões “giras e úteis”. Relativamente ao facto de terem gostado das sessões, as três crianças referiram ter gostado “muito”. Quanto ao momento mais apreciado da sessão duas crianças referiram ter gostado muito dos quatro momentos distintos, enquanto que uma indicou ter gostado “mais ou menos” dos diferentes momentos. Relativamente às aprendizagens efetuadas durante a intervenção, estas crianças atribuem maior importância à capacidade de resolver um problema, de expressar sentimentos, de refletir sobre os comportamentos e de trabalhar em equipa. Tal como a maioria do grupo, estas três crianças referiram sentir-se mais alegres, motivadas e confiantes, após as sessões sentindo-se igualmente menos tristes, conflituosas, e confusas.

Quando questionadas se voltariam a participar nestas sessões, 11 responderam que sim, uma vez que as sessões eram giras e aprenderam coisas novas. Relativamente à questão “recomendariam estas sessões aos amigos”, dez crianças responderam que sim, e apenas uma respondeu que não, referindo “que era muito difícil estar longe dos pais”.

3.7.2. Psicomotricidade na Escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo – Grupo 3

Seguidamente encontram-se os resultados da avaliação inicial e final das crianças do grupo 3 da Psicomotricidade na escola, obtidos através do questionário SDQ preenchidos pelos professores e pelos pais. Não se encontra o SDQ-versão crianças devido à idade e escolaridade das crianças do grupo. Primeiro encontra-se a avaliação feita pelos professores e de seguida pelos pais. Para terminar segue-se a avaliação do impacto do programa por parte das crianças. Convém ainda referir que inicialmente o grupo era formado por oito crianças, no entanto, devido a mudança de escola de uma aluna o número total de elementos passou a ser sete. Devido ao número reduzido de presença nas sessões esta aluna não será referida na análise dos resultados iniciais e finais.

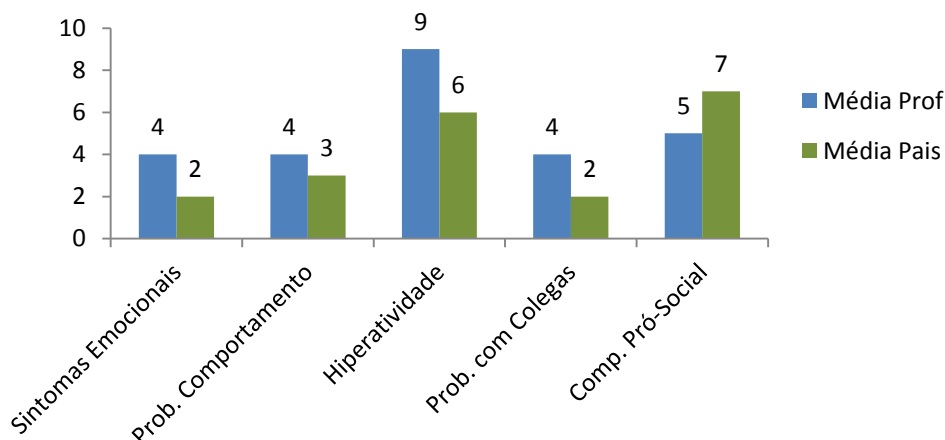


Gráfico 30: Valores médios iniciais do grupo obtidos pelos SDQ's dos professores e dos pais – Grupo 3

Analisando o gráfico 30, podemos verificar que na avaliação inicial, segundo as duas fontes de avaliação, as crianças apresentaram valores dentro da normalidade apenas nos sintomas emocionais. Nos problemas de relacionamento com os colegas e no comportamento pró-social as crianças encontravam-se no nível de “normalidade” segundo os pais mas, segundo os professores, as crianças encontravam-se num nível “limítrofe”. Na hiperactividade e nos Problemas de Comportamento, segundo os pais as crianças encontravam-se num nível “limítrofe” mas, segundo os professores encontravam-se num nível “anormal”. Todas as categorias apresentadas (normal, limítrofe, anormal) encontram-se aferidas para a população portuguesa, como podemos observar no quadro 9.

As sessões com este grupo evoluíram muito e constatou-se as melhorias ao longo da intervenção. Inicialmente as crianças estavam numa fase de adaptação a tudo o que envolvia o contexto escolar, pois estavam no primeiro ano. Com o decorrer da intervenção foi possível observar a maturidade que as crianças adquiriram durante o ano letivo, inicialmente o grupo era perturbador e, conseqüentemente tornava-se difícil controlar e cumprir o delineado para cada sessão, não respeitavam as regras e por vezes não respeitavam as estagiárias. Antes da segunda interrupção letiva as sessões já decorriam de forma diferente, as crianças estavam mais calmas, compreendiam o objetivo das sessões e empenhavam-se nas atividades. Assim, a nível qualitativo os resultados foram positivos, o que é corroborado pelos resultados quantitativos.

De seguida encontram-se os resultados do grupo, segundo a avaliação dos professores e, posteriormente, segundo a avaliação dos pais.

Avaliação Inicial e Final dos Professores

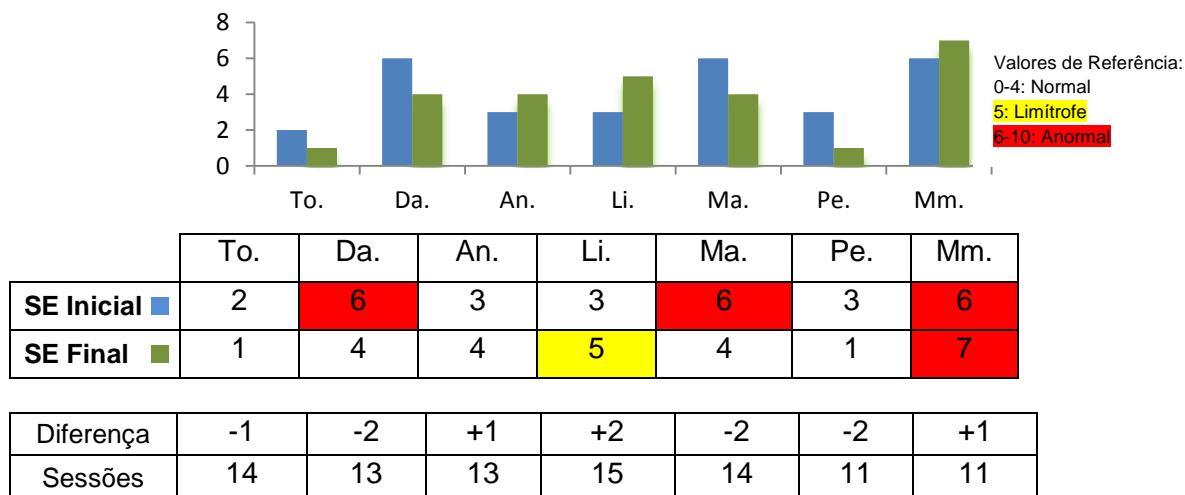
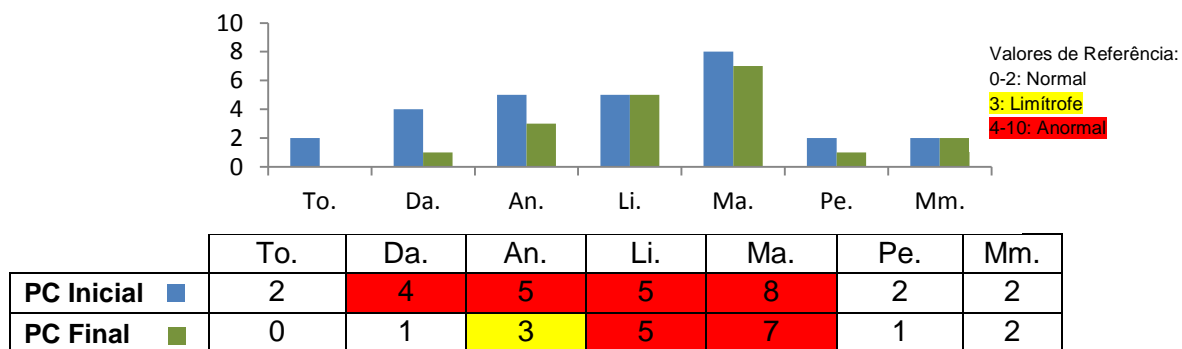


Gráfico 31: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ-Grupo 3

Analisando o gráfico 31 podemos verificar que, segundo os professores, antes da intervenção quatro crianças apresentavam valores “normais” e três apresentavam valores “anormais”. Após a intervenção cinco crianças apresentaram valores “normais”, uma criança apresentou valores “limítrofes” (Li.) e uma criança valores “anormais” (Mm.), o que representa uma melhoria após a intervenção.



Diferença	-2	-3	-2	0	-1	-1	0
Sessões	14	13	13	15	14	11	11

Gráfico 32: Avaliação Inicial e Final dos professores da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ-Grupo 3

Como é possível observar no gráfico 32, que contém os resultados da subescala dos problemas de comportamento, na avaliação inicial três crianças encontravam-se no nível “normal” e quatro no nível “anormal”. Após a intervenção cinco crianças apresentaram resultados mais baixos e duas mantiveram os valores, o que representa uma melhoria dos resultados após a intervenção. No entanto, convém salientar que duas crianças mantiveram-se no nível “anormal” (Li. e Ma.).

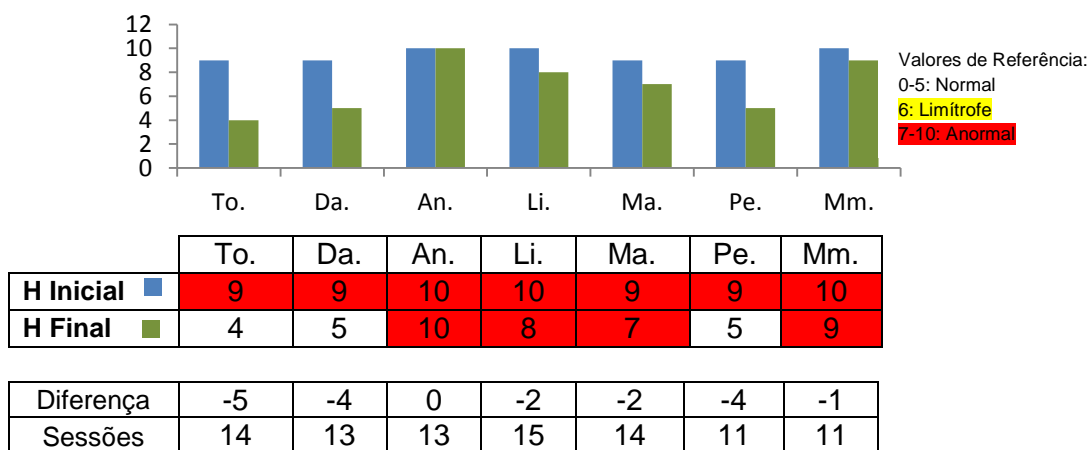


Gráfico 33: Avaliação Inicial e Final dos professores da subescala da Hiperatividade do SDQ-Grupo 3

Analisando o gráfico 33, representativo da subescala da hiperatividade, verifica-se que antes da intervenção todas as crianças encontravam-se no nível “anormal”. Após a intervenção, três crianças encontravam-se no nível “normal” e no nível “anormal” baixou para quatro o número de crianças, o que indica que os resultados mostraram-se positivos após a intervenção.

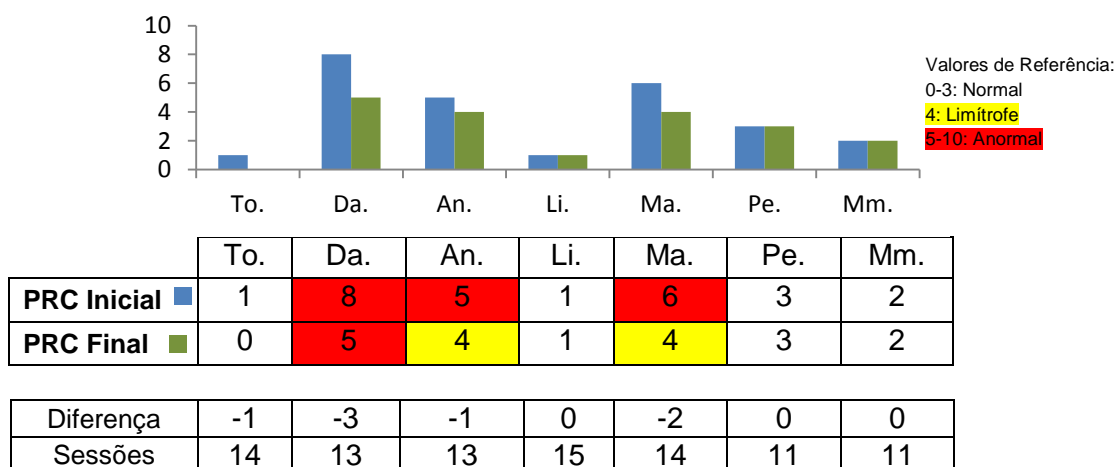


Gráfico 34: Avaliação Inicial e Final dos professores da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ-Grupo 3

Analisando o gráfico 34, podemos verificar que, segundo os professores, quatro crianças apresentaram melhorias ao nível de relacionamento com os colegas, e três apresentaram os mesmos resultados após a intervenção

Antes da intervenção quatro crianças apresentavam valores de nível “normal” e três de nível “anormal” e, após a intervenção, passou a ser apenas uma criança no nível “anormal” (Da.), duas no nível “limítrofe” (An. e Ma.), e as restantes mantiveram-se no nível “normal”.

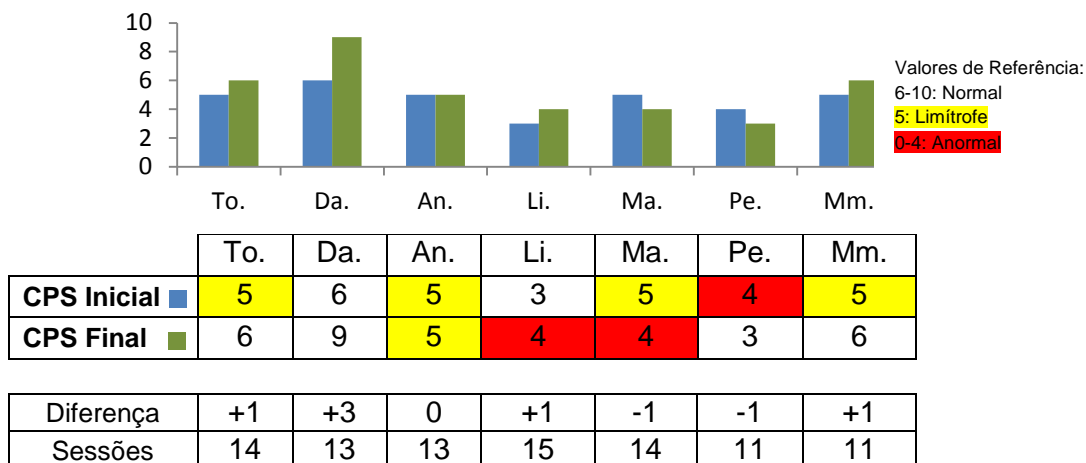


Gráfico 35: Avaliação Inicial e Final dos professores da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ-Grupo 3

Como é possível observar no gráfico 35, segundo os professores, antes da intervenção uma criança apresentava valores “normais”, quatro apresentavam valores “limítrofes” e duas apresentavam valores “anormais”. Após a intervenção, duas crianças pioraram os seus resultados e uma manteve-os, perfazendo um total de quatro crianças no nível “normal”, uma no nível “limítrofe” (An.) e três crianças no nível “anormal”.

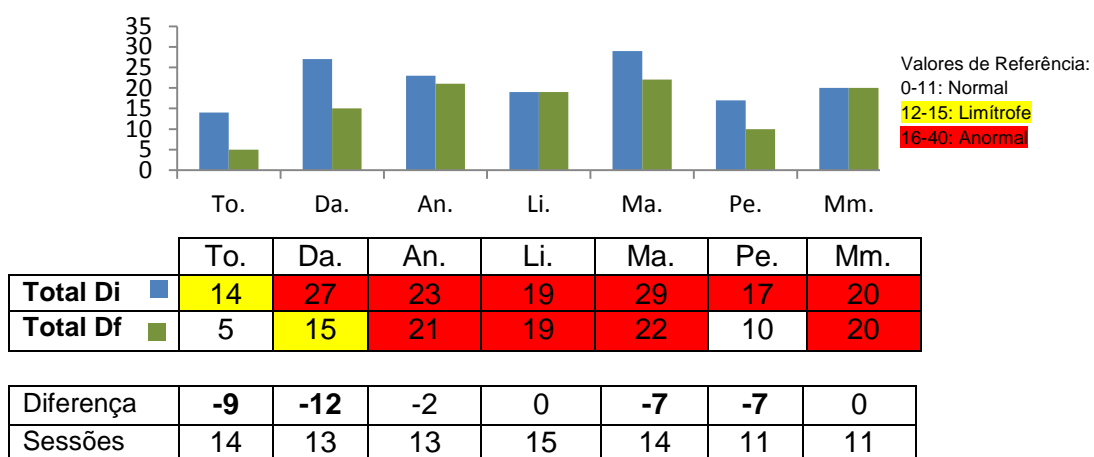


Gráfico 36: Avaliação inicial e final dos professores do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 3

Analisando o gráfico 36, podemos verificar que, segundo os professores, cinco crianças apresentaram melhores resultados após a intervenção, sendo que duas mantiveram os

valores iniciais. Antes da intervenção seis crianças apresentavam valores de nível “anormal” e uma de nível “limítrofe” (To.) e, após a intervenção, passaram a ser duas crianças no nível “normal”, uma no nível “limítrofe” e quatro no nível “anormal”. Convém referir que apesar de algumas crianças manterem-se com valores de nível “anormal”, a maioria apresenta resultados mais baixos. Estes resultados evidenciam uma melhoria significativa das crianças após a intervenção.

Avaliação Inicial e Final dos Pais

Convém referir que apesar de serem apresentados os valores iniciais do Pe. nas subescalas do SDQ, segundo os pais, estes não serão discutidos pois não foi possível obter o SDQ-pais versão final.

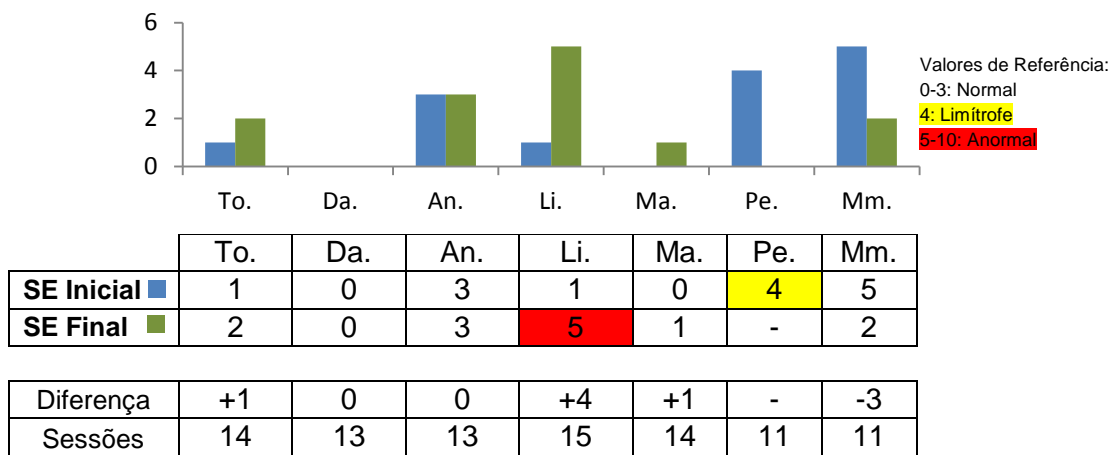


Gráfico 37: Avaliação Inicial e Final dos pais da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ-Grupo 3

Analisando o gráfico 37, referente à subescala dos sintomas emocionais, podemos verificar que, segundo os pais, antes da intervenção cinco crianças apresentavam valores “normais” e uma apresentava valores “anormais” (Mm.). Após a intervenção três crianças pioraram, uma melhorou e duas mantiveram os resultados iniciais, perfazendo um total de cinco crianças no nível “normal” e uma no nível “anormal” (Li).

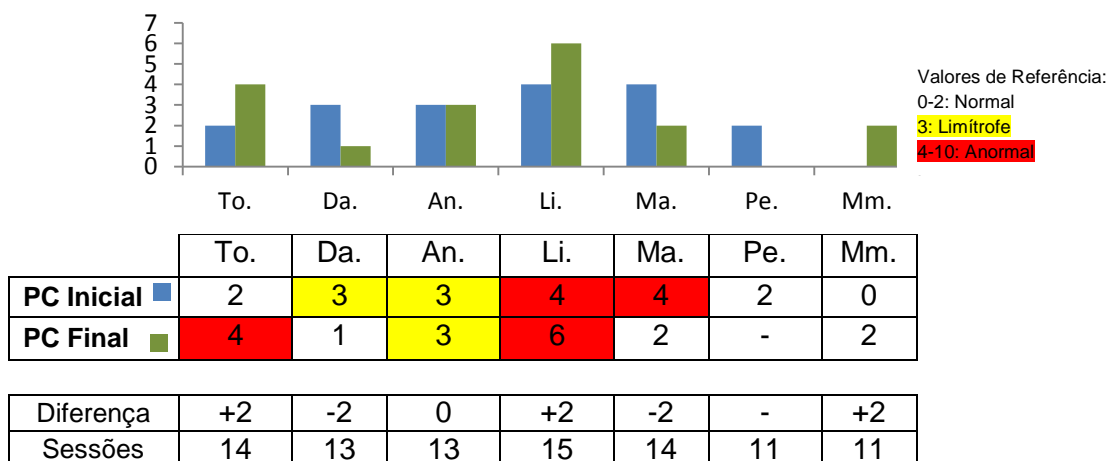


Gráfico 38: Avaliação Inicial e Final dos pais da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ-Grupo 3

Como é possível observar no gráfico 38, que contém os resultados da subescala dos problemas de comportamento, na avaliação inicial o grupo estava dividido, duas crianças encontravam-se no nível “normal” (To. e Mm.), duas no nível “límitrofe” (Da. e An.) e duas no nível “anormal” (Li. e Ma.). Após a intervenção três crianças pioraram, duas melhoraram e uma manteve os resultados iniciais, perfazendo um total de três crianças no nível “normal”, uma no nível “límitrofe” (An.) e duas no nível “anormal” (To. e Li.).

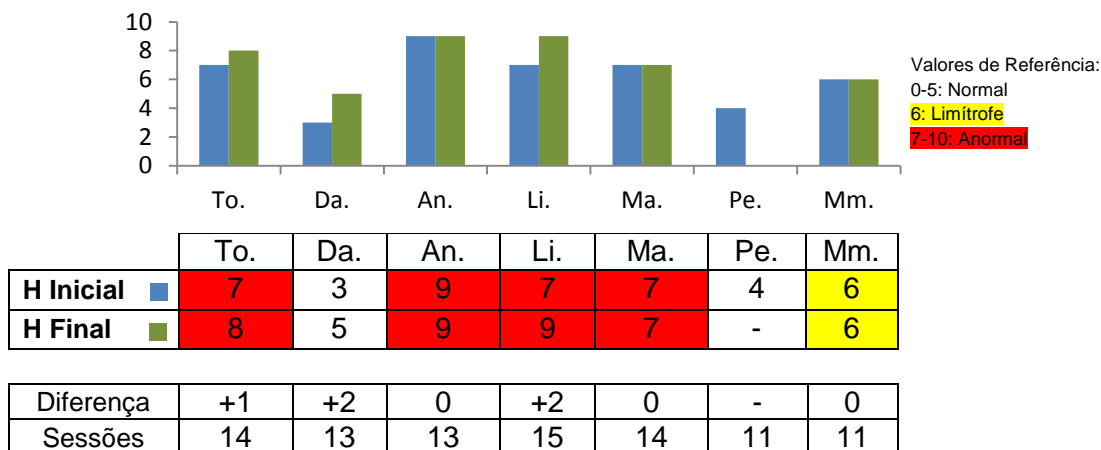


Gráfico 39: Avaliação Inicial e Final dos pais da subescala da Hiperatividade do SDQ-Grupo 3

Analisando o gráfico 39, representativo da subescala da hiperatividade, verifica-se que antes da intervenção apenas uma criança se encontrava no nível “normal” (Da.), uma no “límitrofe” (Mm.) e quatro no nível “anormal”. Após a intervenção, o número de crianças em cada nível manteve-se, o que mostra que não existiu melhorias no grupo.

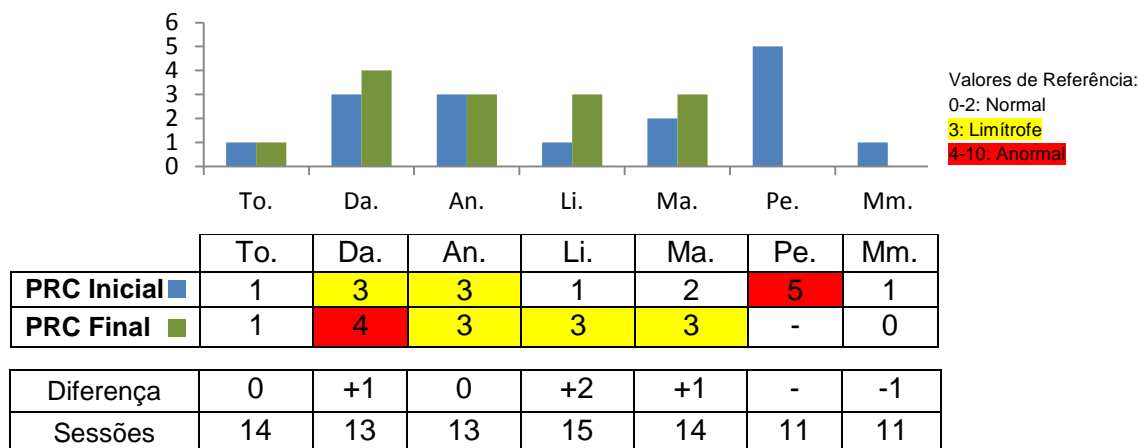


Gráfico 40: Avaliação Inicial e Final dos pais da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ-Grupo 3

Analisando o gráfico 40, podemos verificar que, segundo os pais, apenas uma criança apresentou melhorias ao nível de relacionamento com os colegas, duas apresentaram os mesmos resultados após a intervenção e outras três apresentaram piores resultados após a intervenção. Antes da intervenção, quatro crianças apresentavam valores de nível “normal” e duas de nível “límitrofe” e, após a intervenção, passaram a ser duas crianças no nível “normal”, três no nível “límitrofe” e uma no nível “anormal” (Da.).

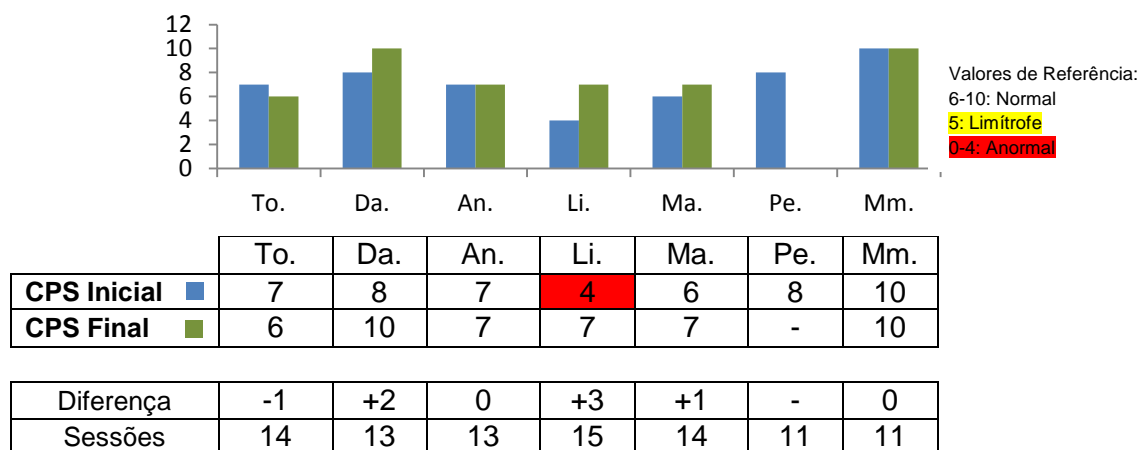


Gráfico 41: Avaliação Inicial e Final dos pais da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ-Grupo 3

Como é possível observar no gráfico 41, segundo os pais, antes da intervenção cinco crianças apresentavam valores “normais” e uma apresentou valores “anormais” (Li.). Após a intervenção, uma criança piorou os seus resultados, duas não apresentaram alterações e três melhoraram, perfazendo um total de seis crianças, ou seja todas, no nível “normal”. De salientar que uma das crianças que se encontrava inicialmente no nível “anormal” (Li.), após a intervenção apresentou resultados de nível “normal”. Observaram-se melhorias significativas no grupo.

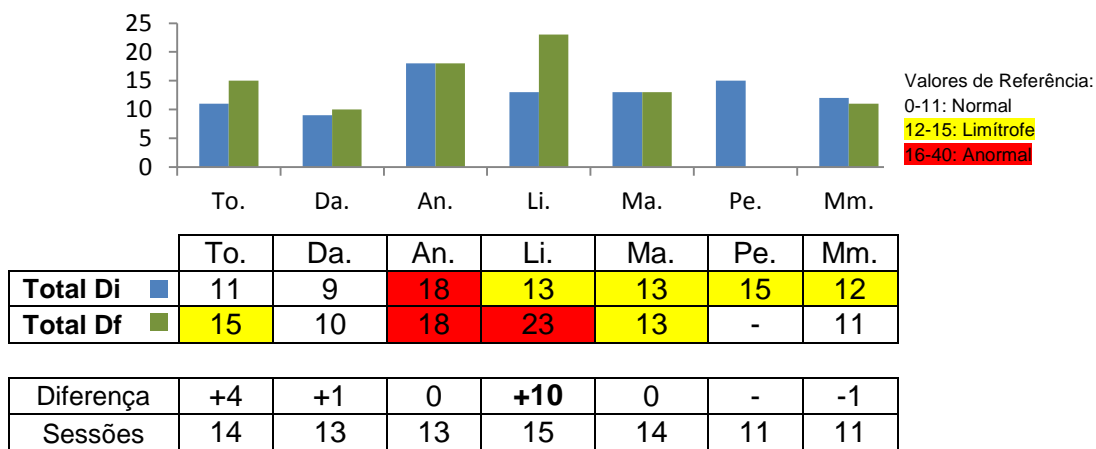


Gráfico 42: Avaliação Inicial e Final dos pais do Total de Dificuldades do SDQ-Grupo 3

Analisando o gráfico 42, referente ao total de dificuldades, podemos verificar que, segundo os pais, antes da intervenção duas crianças apresentavam valores “normais”, três apresentavam valores “limítrofes” e uma apresentou valores “anormais” (An.). Após a intervenção, três crianças pioraram os seus resultados, duas mantiveram-nos e uma melhorou, perfazendo um total de duas crianças no nível “normal” (Da. e Mm.), duas crianças no nível “limítrofe” (Ma. e To) e duas crianças no nível “anormal” (An. e Li.). Estes resultados mostram que no geral, segundo os pais, as crianças pioraram após a intervenção.

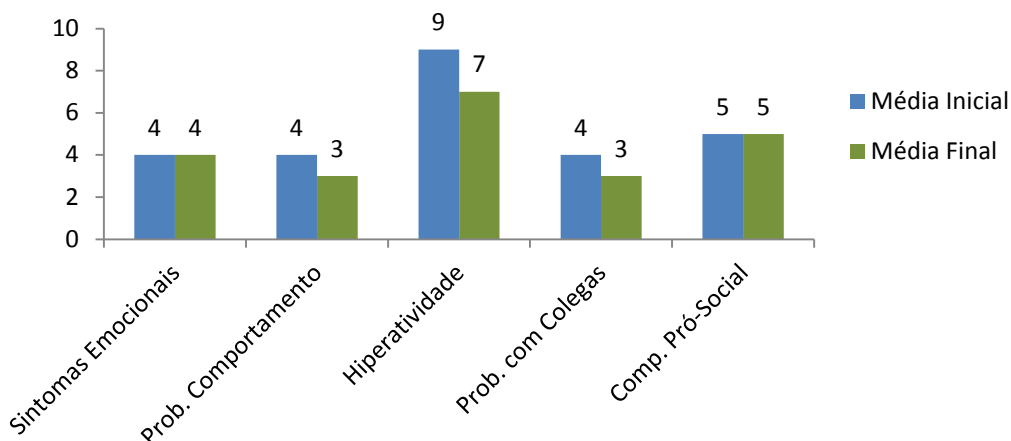


Gráfico 43: Valores médios iniciais e finais do grupo obtidos pelos SDQ's dos professores – Grupo 3

Analisando o gráfico 43, referente à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, segundo a avaliação feita pelos professores, as crianças não apresentaram diferença na pontuação na subescala dos sintomas emocionais e na subescala do comportamento pró-social. Relativamente às restantes subescalas, as crianças apresentaram pontuações inferiores após a intervenção.

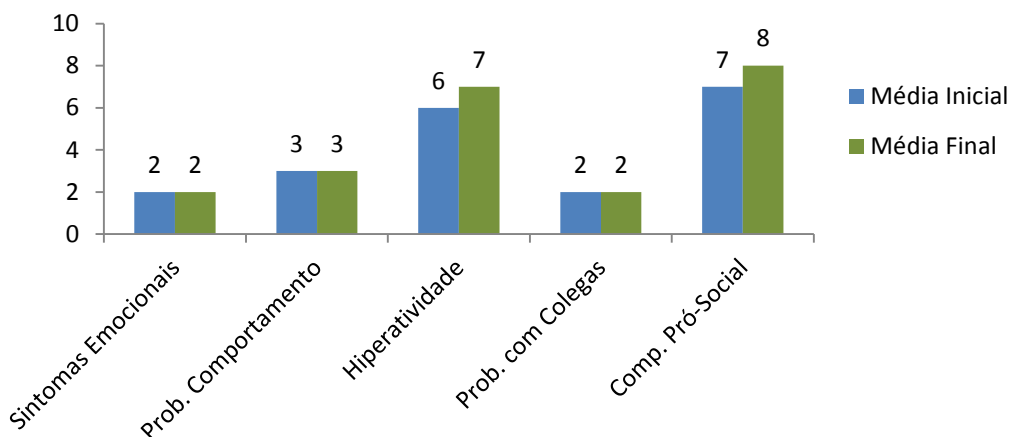


Gráfico 44: Valores médios iniciais e finais do grupo obtidos pelos SDQ's dos pais – Grupo 3

Analisando o gráfico 44, referente à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, segundo a avaliação feita pelos pais, as crianças não apresentaram diferenças na pontuação em três subescalas: sintomas emocionais, problemas de comportamento e problemas de relacionamento com os colegas. Relativamente à subescala da hiperactividade e à subescala do comportamento pró-social as crianças apresentaram pontuações superiores após a intervenção.

Avaliação do Impacto do Programa

Nesta avaliação serão apresentadas as apreciações das sete crianças sobre a intervenção. No que respeita à utilidade da intervenção, todas as crianças classificaram as sessões foram “giras e úteis”, e todas gostaram “muito” das sessões.

Dos quatro momentos distintos da sessão, todas as crianças mostraram gostar de igual forma de cada um, assinalando o “gostei muito”. No que respeita às aprendizagens efectuadas durante a intervenção, podemos observar as percepções das crianças face às mesmas no gráfico 45.

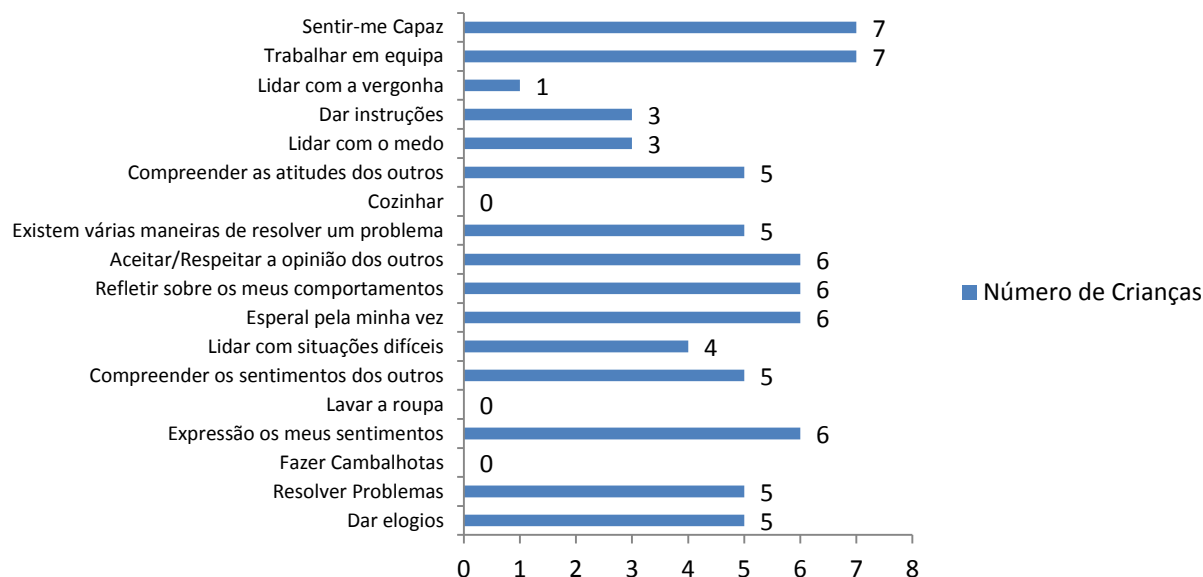


Gráfico 45: Percepção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção-Grupo 3

Analisando o gráfico 45, podemos ver que todas referiram ter aprendido a sentirem-se capazes e a trabalharem em equipa. A maioria das crianças referiu também que aprenderam a respeitar/aceitar a opinião dos outros, a refletir sobre os seus comportamentos, a esperar pela sua vez e a exprimirem os seus sentimentos. Relativamente às três variáveis parasitas, nenhuma criança assinalou.

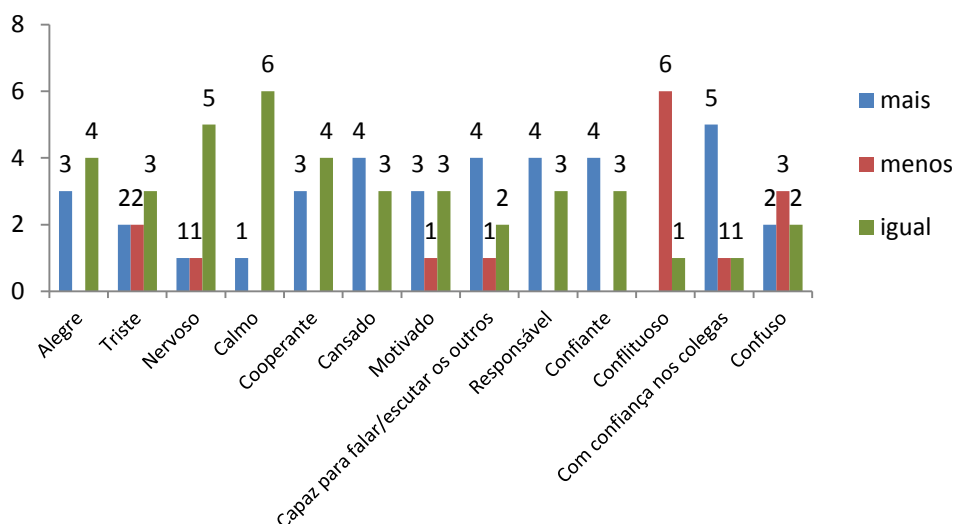


Gráfico 46: Percepção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção- Grupo 3

Segundo o gráfico 46, após o período de intervenção a maioria das crianças referiu estar com mais confiança nos colegas, com mais capacidade para falar/escutar os outros, mais

responsáveis e mais confiantes. Relativamente à alegria, nervosismo, calma e cooperação a maioria das crianças apresentava os mesmos valores. Por fim, a maioria das crianças referiu estar menos conflituosas e com mais confiança nos colegas. Quando questionadas se voltariam a participar nestas sessões, todas responderam que sim, uma vez que as sessões eram giras e aprenderam coisas novas que os ajudaram a lidar com o dia-a-dia. Relativamente à questão “recomendariam estas sessões aos amigos”, todas as crianças responderam que sim.

3.7.3. Psicomotricidade na Escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo – Grupo 5

Seguidamente encontram-se os resultados da avaliação inicial e final, das crianças do grupo 5 da Psicomotricidade na Escola, obtidos através do questionário SDQ preenchido pelos professores, pelos pais e pelas crianças. Após a apresentação dos resultados da avaliação dos professores, dos pais e finalmente das crianças, serão apresentados os resultados da avaliação do impacto do programa realizada pelas crianças. Convém ainda referir que inicialmente o grupo era formado por 13 crianças, no entanto, devido à desistência de uma aluna por razões pessoais, o número total de elementos passou a ser 12. Devido ao número reduzido de presenças nas sessões, esta aluna não será contemplada na análise dos resultados iniciais e finais.

No gráfico 43 podemos verificar os valores médios iniciais, das cinco subescalas do SDQ, dos professores, dos pais e das crianças, que serviram de base à definição dos objetivos da intervenção.

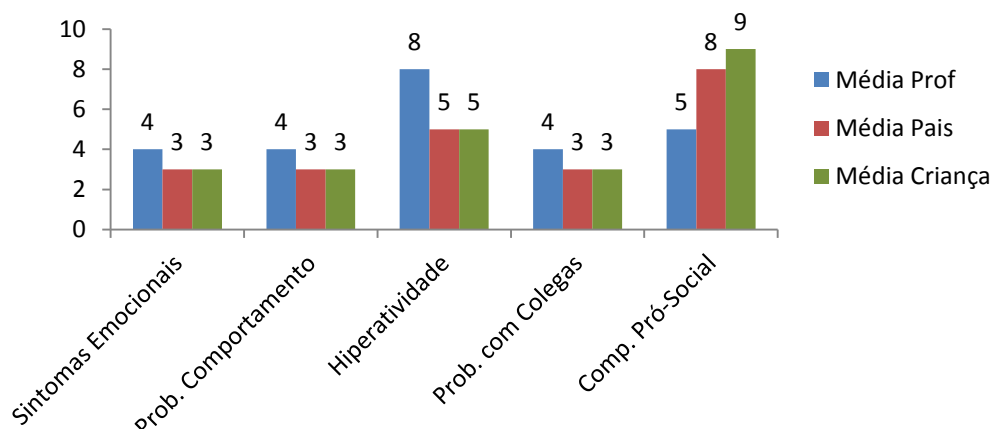


Gráfico 47: Valores médios iniciais do grupo obtidos pelos SDQ's dos pais, dos professores e das crianças – Grupo 5

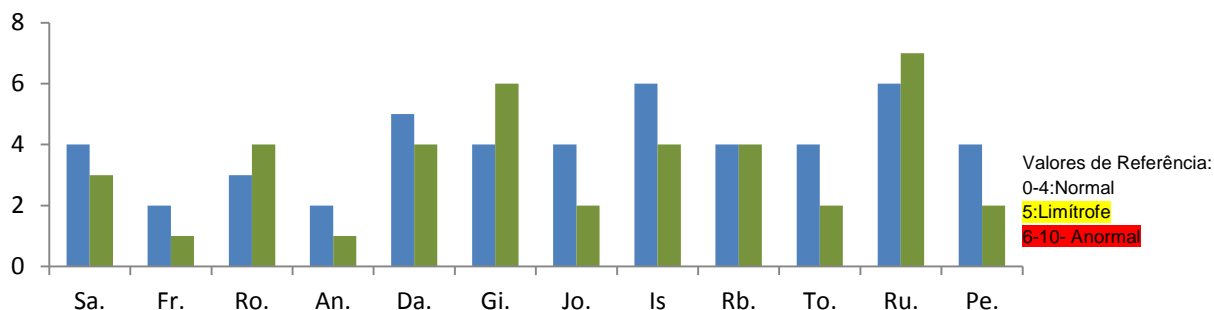
Como se pode observar no gráfico 47, apenas a escala dos sintomas emocionais encontrava-se dentro da normalidade, segundo as três fontes de avaliação (ver quadro 9). Relativamente à escala de problemas de comportamento, segundo os professores as crianças encontravam-se no nível “anormal”, segundo os pais no nível “limítrofe” e segundo as próprias crianças estavam no nível “normal”. Quanto à escala da hiperatividade, segundo os pais e as crianças, estas encontravam-se no nível “normal”, segundo os professores as crianças apresentavam valores de nível “anormal”. Relativamente à escala de problemas de relacionamento com os colegas, apenas na avaliação das próprias crianças é que se encontravam estar dentro da normalidade, segundo os pais e os professores apresentavam valores de nível “limítrofe”. Por fim, na escala do comportamento pró-social, segundo os pais e as crianças, apresentavam valores dentro da normalidade e segundo os professores apresentavam valores de nível “limítrofe”. Todas as categorias apresentadas (normal, limítrofe, anormal) encontram-se aferidas para a população portuguesa, como podemos observar no quadro 9.

As sessões com este grupo evoluíram no entanto contactou-se ligeiras melhorias. Inicialmente as crianças estavam mais descontraídas e muitas delas já tinham frequentado as sessões de psicomotricidade no ano anterior. O grupo era grande o que em certas atividades dificultava o bom funcionamento, no entanto, ao longo da intervenção as crianças foram melhorando o comportamento. Depois da segunda interrupção lectiva as sessões decorreram de forma diferente, as crianças estavam nervosas, ansiosas e demonstravam-no no diálogo inicial, quando falavam sobre a sua semana. Este momento começou a ter maior duração para que as crianças pudessem conversar e partilhar os seus medos e receios relativamente às avaliações finais, a nível escolar, a que iriam ser sujeitos. As preocupações das crianças estavam relacionadas com: o medo de não conseguir nota positiva nos exames nacionais e consequentemente perder o ano letivo e os amigos da turma; o medo de lidar com os pais perante a obtenção de resultados negativos nos exames; a ansiedade pela mudança de escola caso transitassem de ano, e ao mesmo tempo, o receio de perder o contato com os amigos. Quando conseguiam partilhar o que sentiam as sessões corriam melhor e as crianças aproveitavam-nas para relaxarem e divertirem-se ao mesmo tempo que aprendiam e adquiriam competências, tornando possível atingir os objetivos. De seguida encontram-se os resultados do grupo, segundo a avaliação dos professores, dos pais e das crianças.

Avaliação Inicial e Final dos Professores

Neste ponto serão apresentados todos dados do SDQ, dos professores obtidos através da avaliação inicial e final das 12 crianças do grupo. Serão apresentadas todas as subescalas e o total de dificuldades, realizando-se uma comparação entre os valores iniciais e os valores finais.

No gráfico abaixo podemos verificar os valores da subescala dos Sintomas Emocionais.



	Sa.	Fr.	Ro.	An.	Da.	Gi.	Jo.	Is.	Rb.	To.	Ru.	Pe.
SE Inicial	4	2	3	2	5	4	4	6	4	4	6	4
SE Final	3	1	4	1	4	6	2	4	4	2	7	2
Diferença	-1	-1	+1	-1	-1	+2	-2	-2	0	-2	+1	-2
Sessões	14	13	13	13	14	15	14	13	15	15	12	12

Gráfico 48: Avaliação Inicial e Final dos professores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 5

Analisando o gráfico 48 podemos verificar que, segundo os professores, antes da intervenção nove crianças apresentavam valores “normais”, uma apresentava valores “limitrofes” e duas apresentavam valores “anormais”. Após a intervenção todas as crianças apresentaram valores de nível “normal”, excepto duas crianças, que apresentaram valores “anormais”, verificando-se no geral uma melhoria dos resultados.

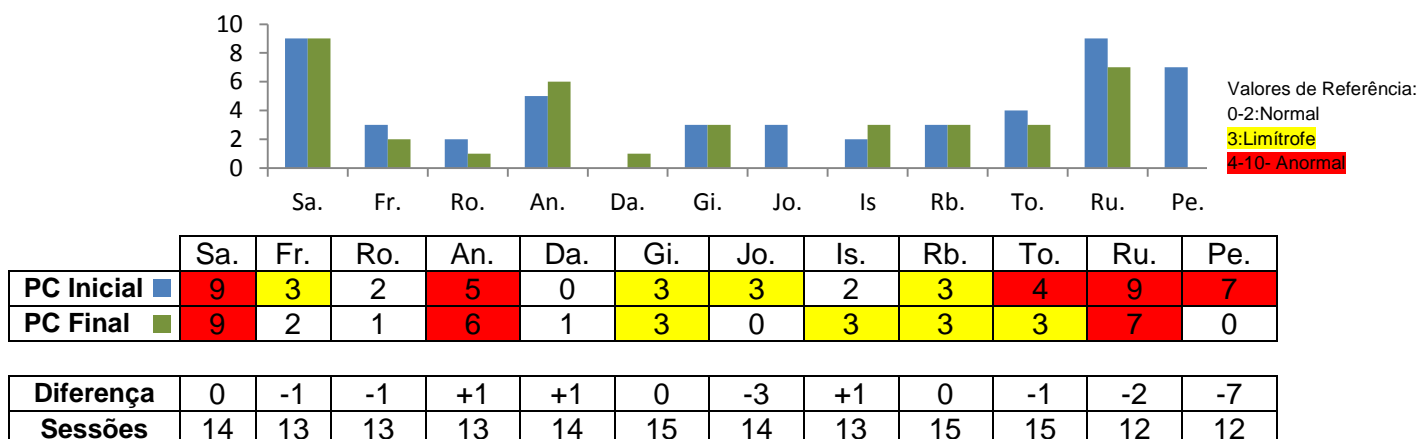


Gráfico 49: Avaliação Inicial e Final do professor da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 5

Como é possível observar no gráfico 49, que contém os resultados da subescala dos problemas de comportamento, na avaliação inicial três crianças encontravam-se no nível “normal”, quatro no nível “limítrofe” e cinco no nível “anormal”. Após a intervenção cinco crianças apresentaram resultados de nível “normal”, quatro de nível “limítrofe” e três apresentaram resultados de nível “anormal”, o que representa uma melhoria dos resultados após a intervenção.

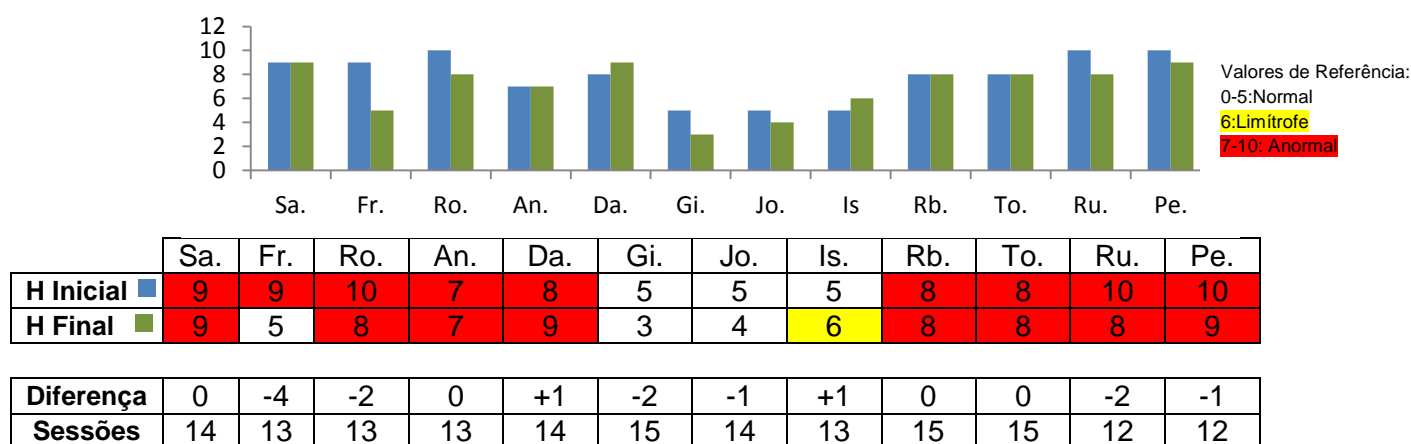


Gráfico 50: Avaliação Inicial e Final do professor da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 5

Analisando o gráfico 50, representativo da subescala da hiperatividade, verifica-se que antes da intervenção apenas três crianças se encontravam no nível “normal” e as restantes encontravam-se no nível “anormal”. Após a intervenção, o número de crianças no nível “normal” manteve-se e uma das oito crianças do nível “anormal” transitou para o “limítrofe”. Os resultados no geral mantiveram-se, sendo importante referir que uma das crianças passou para o nível “normal”, tendo inicialmente valores representativos do nível “anormal”.

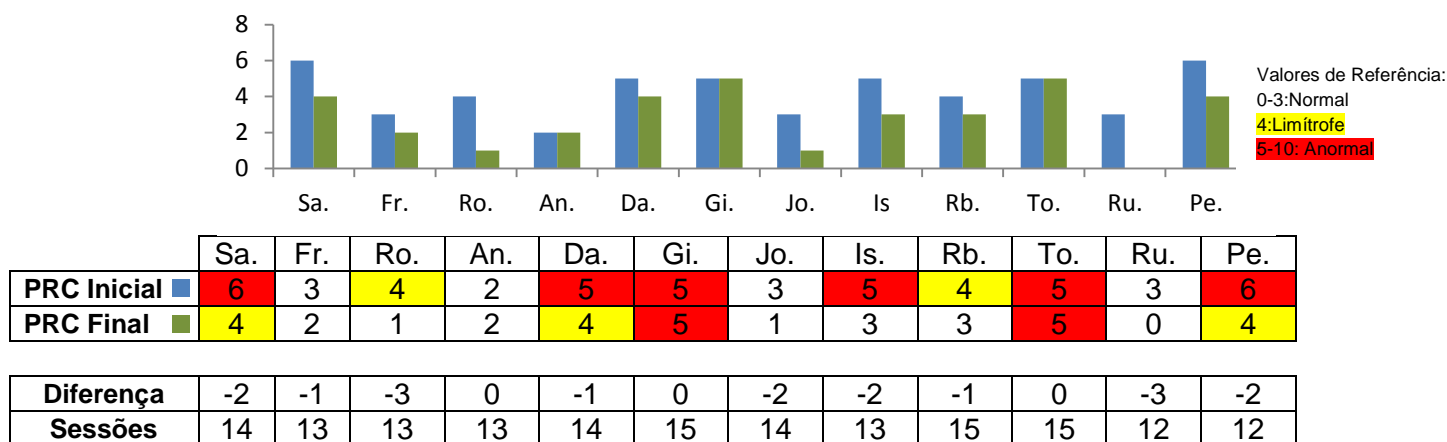


Gráfico 51: Avaliação Inicial e Final do professor da subescala dos Problemas de Relacionamento com os colegas do SDQ – Grupo 5

Analisando o gráfico 51, podemos verificar que, segundo os professores, nove crianças apresentaram melhorias ao nível de relacionamento com os colegas e três apresentaram os mesmos resultados após a intervenção.

Antes da intervenção quatro crianças apresentavam valores de nível “normal”, duas de nível “limítrofe” e seis de nível “anormal”. Após a intervenção, passaram a ser sete crianças no nível “normal”, três no nível “limítrofe” e duas no nível “anormal”. Convém ainda referir que uma das crianças que estava no nível “normal” após a intervenção, se encontrava inicialmente no nível “anormal”.

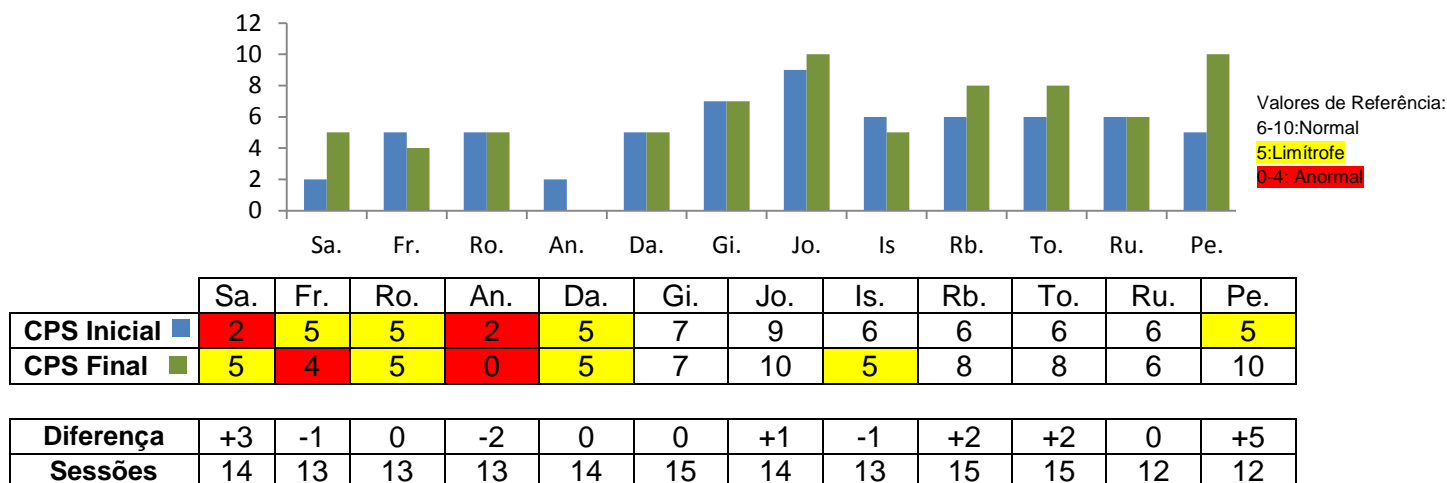


Gráfico 52: Avaliação Inicial e Final do professor da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 5

Como é possível observar no gráfico 52, segundo os professores, antes da intervenção seis crianças apresentavam valores “normais”, quatro apresentavam valores “limítrofes” e duas valores “anormais”. Após a intervenção, três crianças pioraram os seus resultados e três mantiveram-nos, perfazendo um total de seis crianças no nível “normal”, quatro no nível “limítrofe” e duas crianças no nível “anormal”.

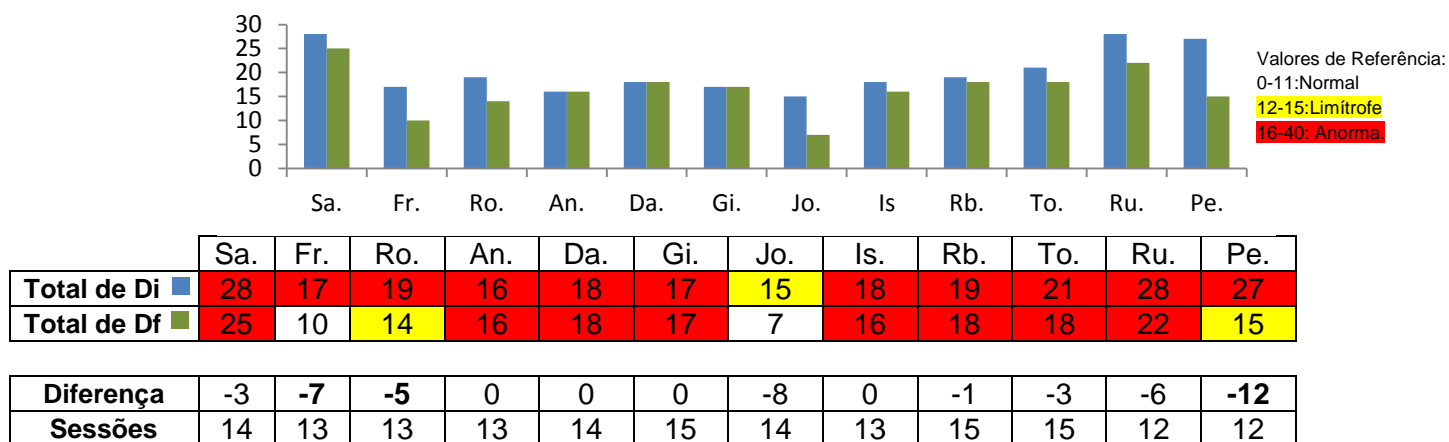


Gráfico 53: Avaliação Inicial e Final dos professores do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 5

Analisando o gráfico 53, podemos verificar que, segundo os professores, oito crianças apresentaram melhores resultados após a intervenção, e quatro mantiveram os valores iniciais. Antes da intervenção apenas uma criança apresentava valores de nível “limitrofe”, sendo que as restantes apresentavam valores de nível “anormal”. Após a intervenção, passaram a ser duas crianças no nível “normal”, duas no nível “limitrofe” e oito no nível “anormal”, embora todos com valores mais baixos. Estes resultados evidenciam uma melhoria significativa das crianças após a intervenção.

Avaliação Inicial e Final dos Pais

Neste ponto serão apresentados todos dados do SDQ, dos pais obtidos através da avaliação inicial e final das 12 crianças do grupo. Serão apresentadas todas as subescalas e o total de dificuldades, realizando-se uma comparação entre os valores iniciais e os valores finais.

No gráfico abaixo podemos verificar os valores da subescala dos Sintomas Emocionais.

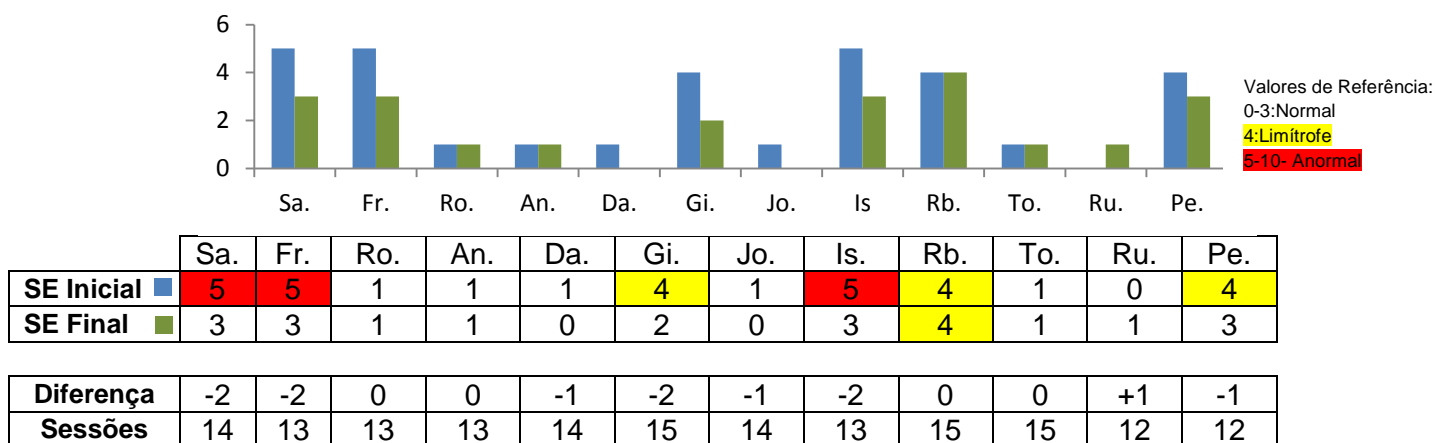


Gráfico 54: Avaliação Inicial e Final dos pais da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 5

Analisando o gráfico 54, referente à subescala dos sintomas bm, podemos verificar que, segundo os pais, antes da intervenção seis crianças apresentavam valores “normais”, três apresentavam valores “limitrofe” e três apresentavam valores “anormais”. Após a

intervenção, uma criança piorou, sete melhoraram e quatro mantiveram os resultados iniciais, perfazendo um total de 11 crianças no nível “normal” e apenas uma criança no nível “limítrofe”, o que permite constatar uma melhoria nos resultados.

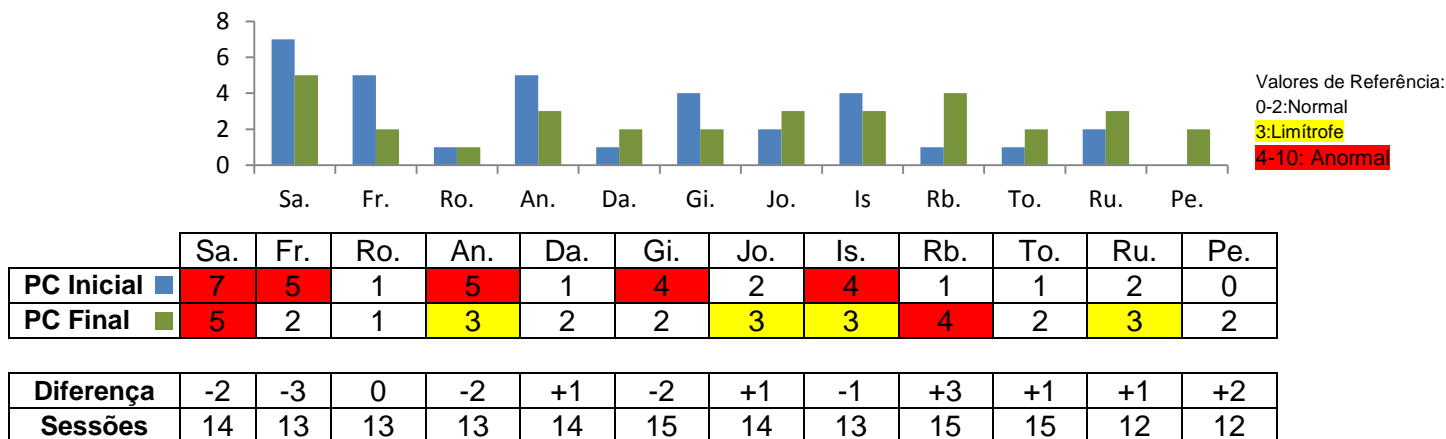


Gráfico 55: Avaliação Inicial e Final dos pais da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 5

Como é possível observar no gráfico 55, que contem os resultados da subescala dos problemas de comportamento, na avaliação inicial sete crianças encontravam-se no nível “normal” e cinco no nível “anormal”. Após a intervenção seis crianças pioraram, cinco melhoraram e uma manteve os resultados iniciais, perfazendo um total de seis crianças no nível “normal”, quatro no nível “limítrofe” e duas no nível “anormal”.

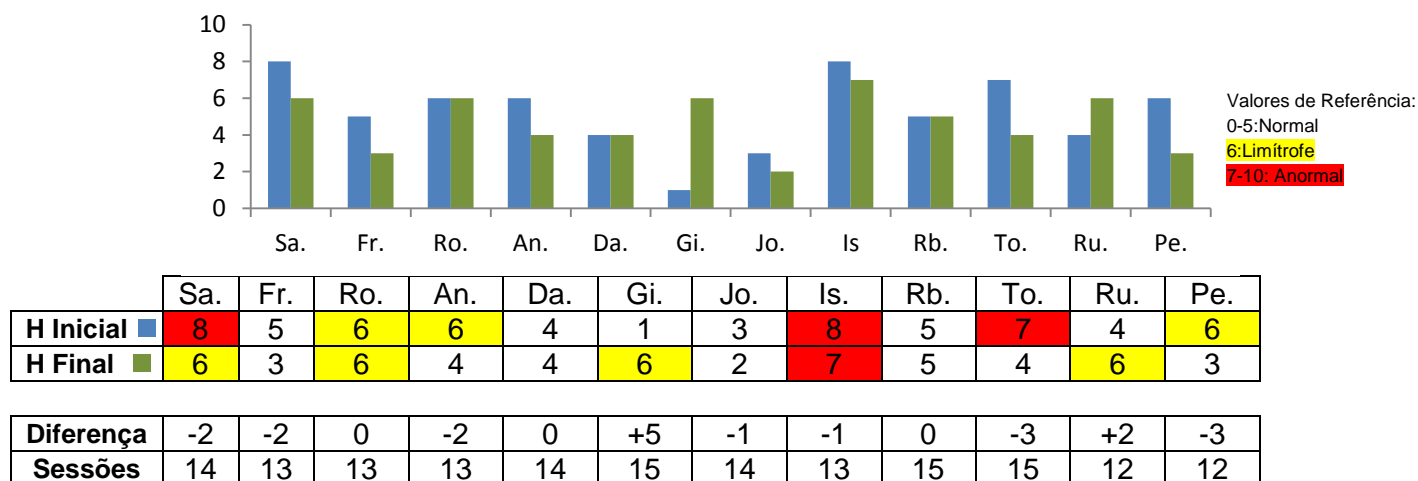


Gráfico 56: Avaliação Inicial e Final dos pais da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 5

Analisando o gráfico 56, representativo da subescala da hiperatividade, verifica-se que antes da intervenção seis crianças encontravam-se no nível “normal”, três crianças encontravam-se no nível “limítrofe” e três no nível “anormal”. Após a intervenção, o número de crianças no nível “normal” subiu para sete, no nível “limítrofe” passaram a existir quatro crianças e no nível “anormal” passou a existir apenas uma criança, o que mostra melhorias no grupo.

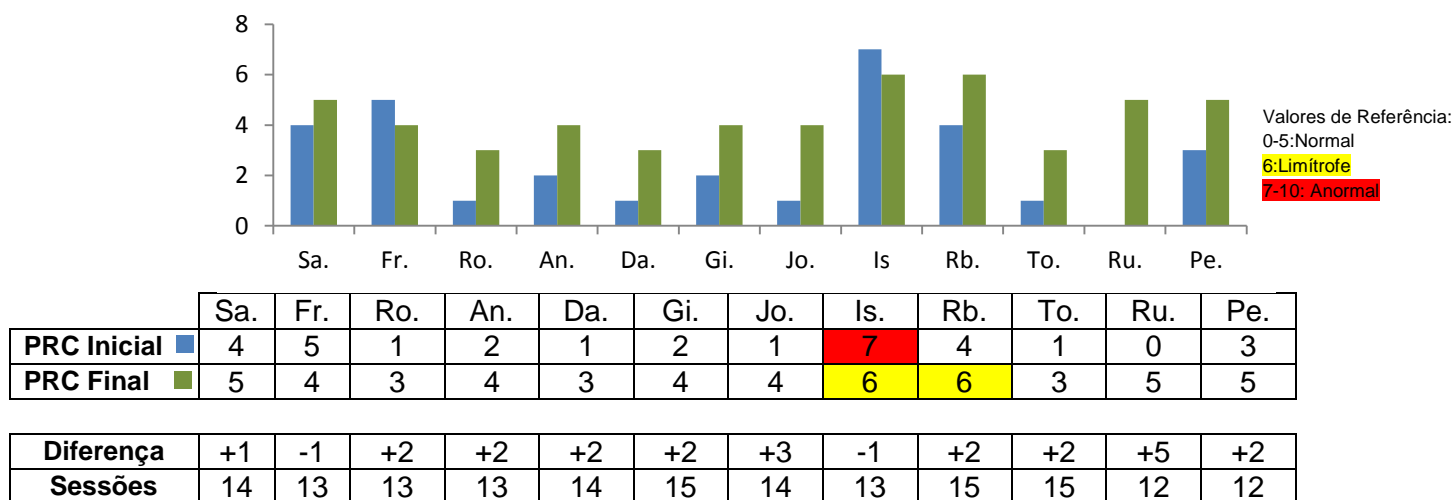


Gráfico 57: Avaliação Inicial e Final dos pais da subescala dos Problemas de Relacionamento com os colegas do SDQ – Grupo 5

Analisando o gráfico 57, podemos verificar que, segundo os pais, apenas duas crianças apresentaram melhorias ao nível de relacionamento com os colegas e dez apresentaram piores resultados após a intervenção. Antes da intervenção, 11 crianças apresentavam valores de nível “normal” e uma de nível “anormal” e, após a intervenção, passaram a ser dez crianças no nível “normal” e duas no nível “limitrofe”, aumentando assim o número de crianças neste nível. Apesar da maioria das crianças terem-se mantido no nível “normal” os resultados finais foram mais elevados, o que indica que não houve melhorias após a intervenção.

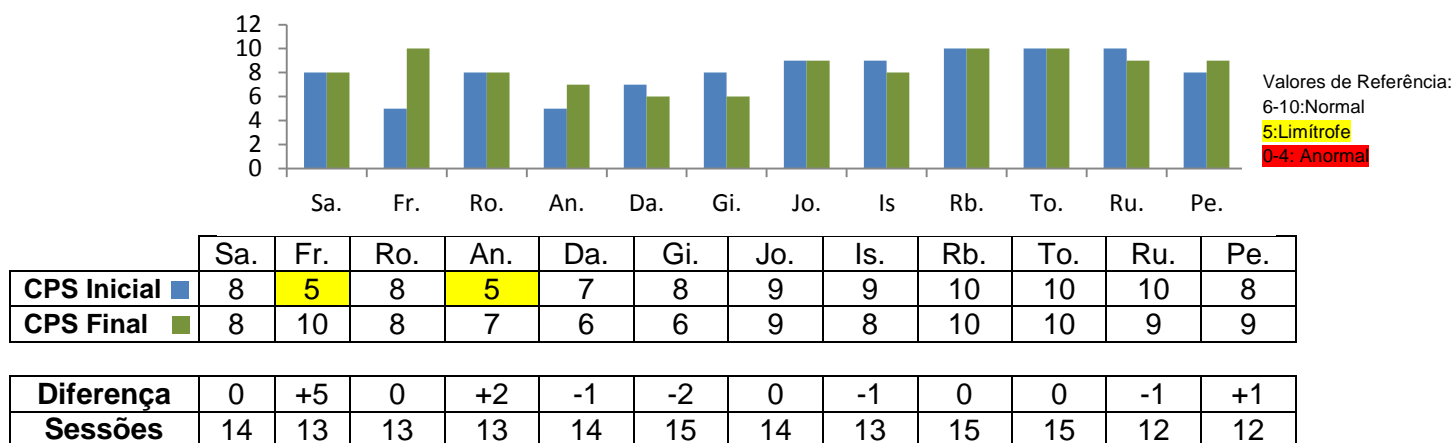


Gráfico 58: Avaliação Inicial e Final dos pais da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 5

Como é possível observar no gráfico 58, segundo os pais, antes da intervenção dez crianças apresentavam valores “normais” e duas apresentavam valores “limitrofe”. Após a intervenção, quatro crianças pioraram os seus resultados, cinco mantiveram-nos e três melhoraram-nos, perfazendo um total de 12 crianças no nível “normal”. De salientar que as crianças que apresentavam valores “limitrofe” inicialmente, após a intervenção apresentaram valores “normais” (Fr. e An.).

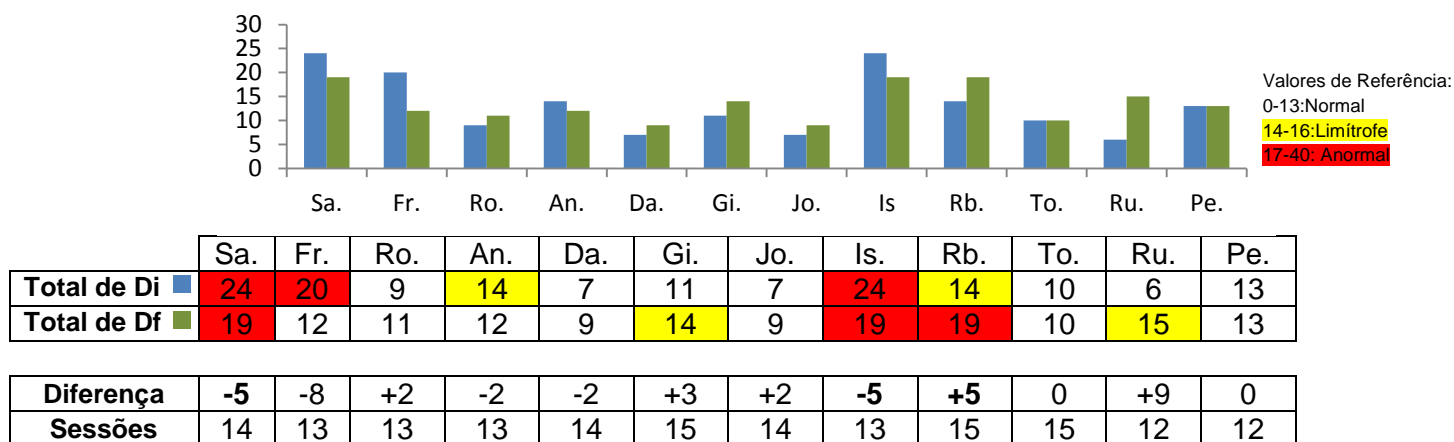


Gráfico 59: Avaliação Inicial e Final dos pais do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 5

Analisando o gráfico 59, referente ao total de dificuldades, podemos verificar que, segundo os pais, antes da intervenção sete crianças apresentavam valores “normais”, duas apresentavam valores “limítrofes” e três apresentavam valores “anormais”. Após a intervenção, cinco crianças pioraram os seus resultados, duas mantiveram-nos e cinco melhoraram-nos, perfazendo um total de sete crianças no nível “normal”, duas crianças no nível “limítrofe” e três crianças no nível “anormal”. Estes resultados mostram, tendo em conta o grupo no geral, a existência de ligeiras melhorias após a intervenção.

Avaliação Inicial e Final das Crianças

Neste ponto serão apresentados todos dados do SDQ, das crianças obtidos através da avaliação inicial e final das 12 crianças do grupo. Serão apresentadas todas as subescalas e o total de dificuldades, realizando-se uma comparação entre os valores iniciais e os valores finais.

No gráfico abaixo podemos verificar os valores da subescala dos Sintomas Emocionais.

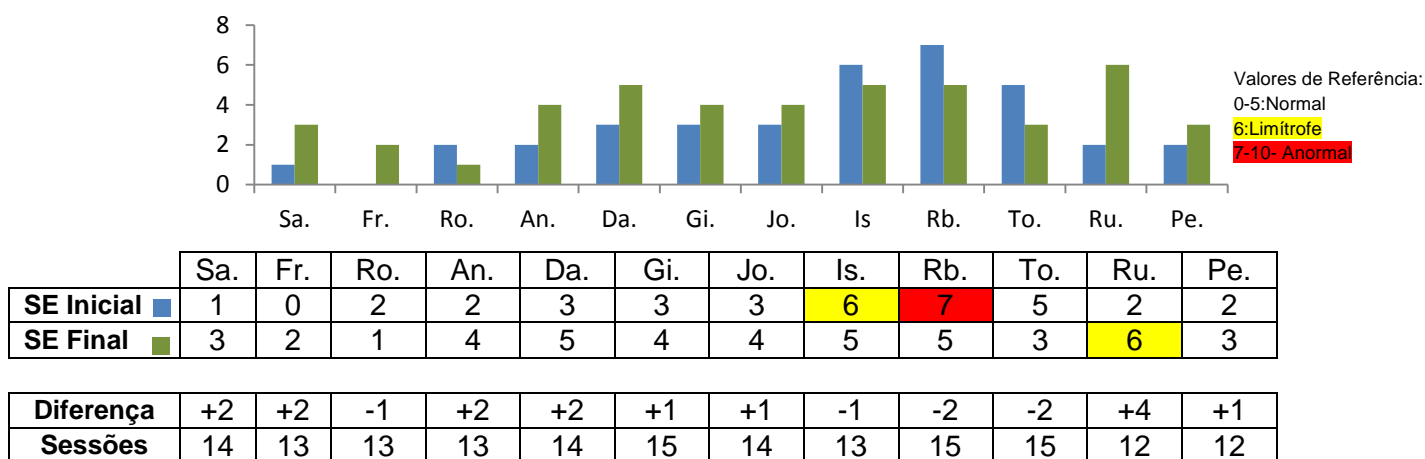


Gráfico 60: Avaliação Inicial e Final das crianças da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 5

Analisando o gráfico 60 podemos verificar que, antes da intervenção, 10 crianças apresentavam valores de nível “normal”, uma criança apresentou resultados de nível “limítrofe” e uma criança apresentou valores de nível “anormal”. Após a intervenção, 11

crianças apresentaram valores de nível “normal” e apenas uma apresentou valores de nível “limítrofe”.

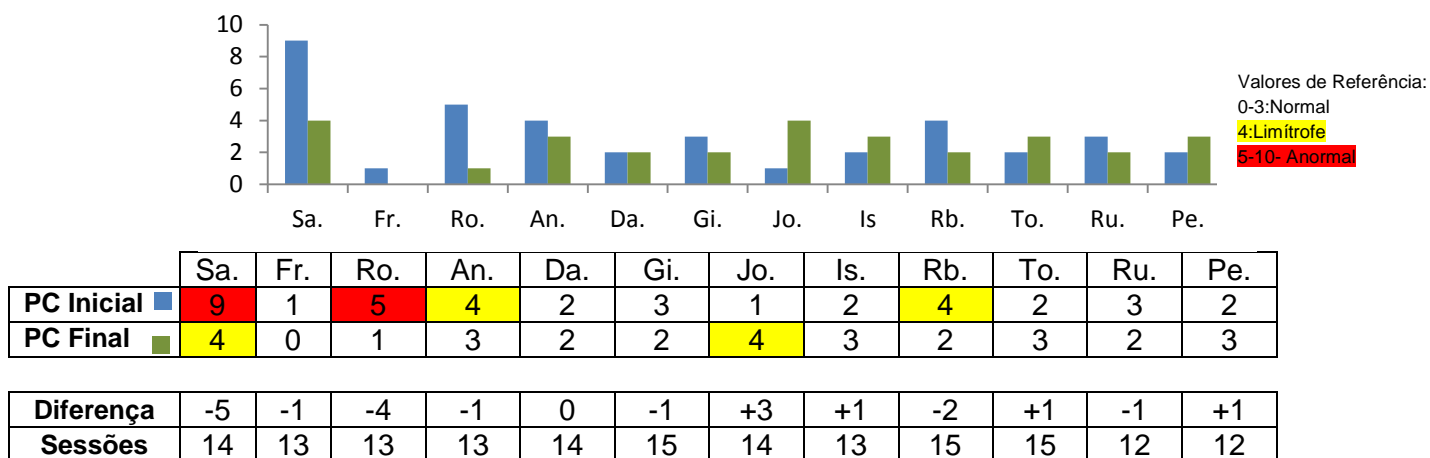


Gráfico 61: Avaliação Inicial e Final das crianças da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 5

Segundo a autoavaliação da subescala dos problemas de comportamento, é possível observar no gráfico 61 que, na avaliação inicial oito crianças apresentavam valores “normais”, duas apresentavam valores “limítrofe” e duas crianças apresentavam resultados de nível “anormal”. Após a intervenção, sete crianças melhoraram os seus resultados, uma manteve-os e quatro pioraram os seus resultados.

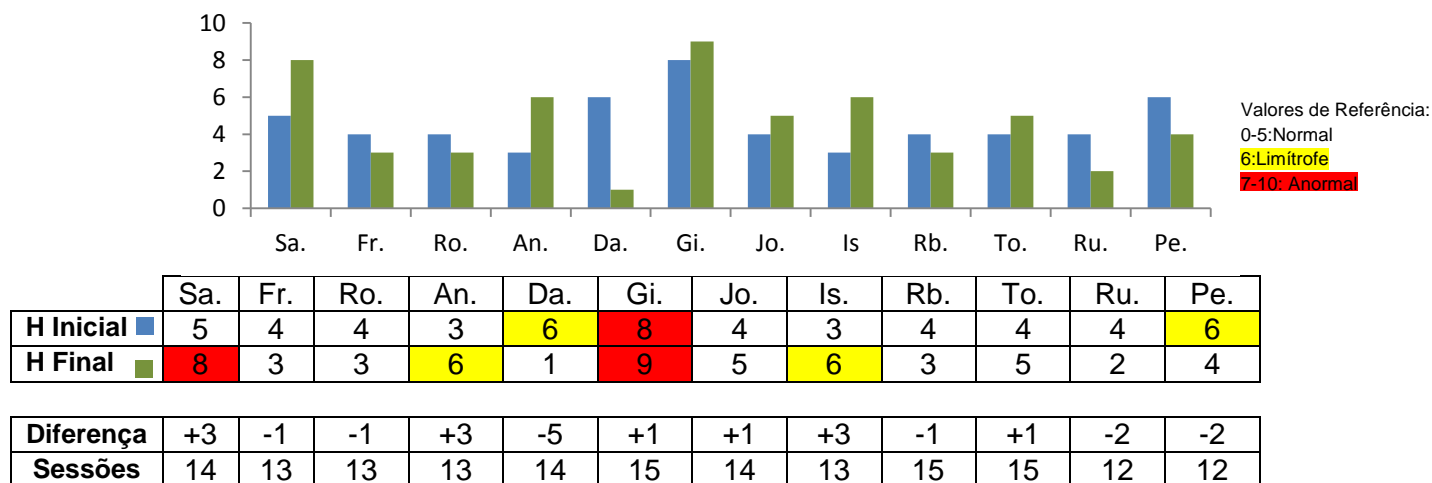


Gráfico 62: Avaliação Inicial e Final das crianças da subescala a Hiperatividade do SDQ – Grupo 5

Através da análise do gráfico 62, representativo da avaliação das crianças da subescala da hiperatividade, verifica-se que antes da intervenção nove crianças se encontravam no nível “normal”, duas no nível “limítrofe” e uma no nível “anormal”. Após a intervenção, o número de crianças no nível “normal” baixou para oito, mantiveram-se duas crianças com valores de nível “limítrofe” e passaram a existir duas crianças com nível “anormal”.

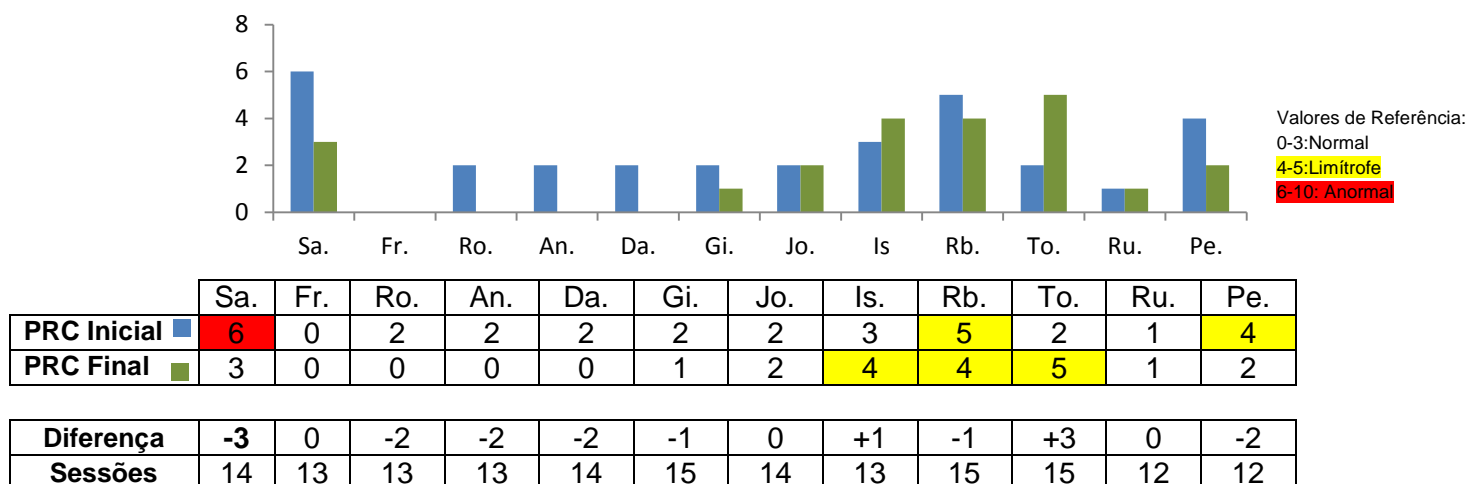


Gráfico 63: Avaliação Inicial e Final das crianças da subescala dos Problemas de Relacionamento com os colegas do SDQ – Grupo 5

Analisando o gráfico 63, da subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, pode-se verificar que inicialmente, para as crianças, nove apresentavam resultados de nível “normal”, duas de nível “limítrofe” e uma de nível “anormal”. Após a intervenção, nove crianças apresentaram resultados no nível “normal” e três no nível “limítrofe”. Convém referir que uma criança na avaliação inicial apresentava valores no nível “anormal” e após a intervenção apresentou resultados de nível “normal” (Sa.).

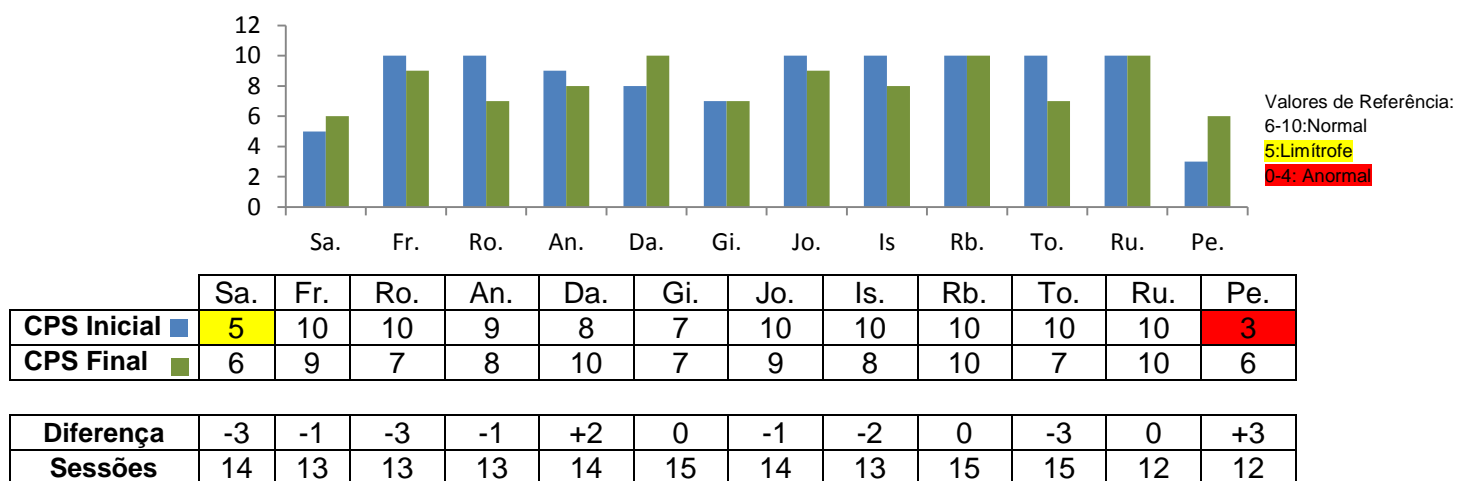


Gráfico 64: Avaliação Inicial e Final das crianças da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 5

Analisando o gráfico 64, da subescala do comportamento pró-social, pode-se verificar que inicialmente, para as crianças, dez apresentavam resultados de nível “normal”, um de nível “limítrofe” e uma de nível “anormal”. Após a intervenção, segundo as crianças, todas apresentaram valores de nível “normal”, o que representa uma melhoria dos resultados.

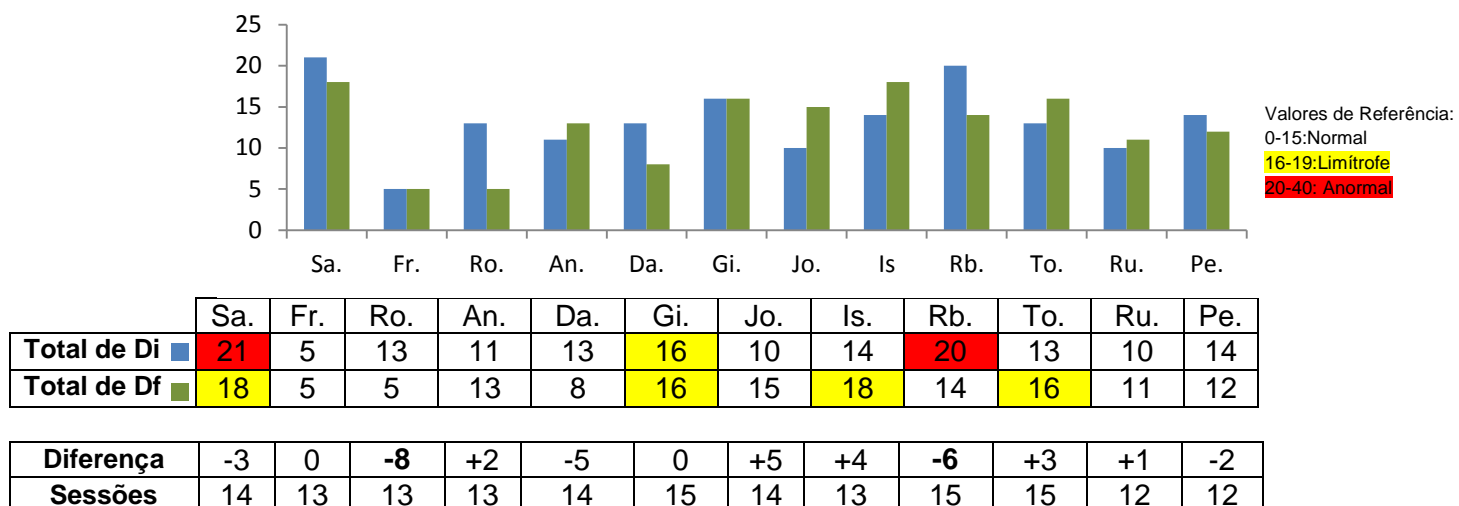


Gráfico 65: Avaliação Inicial e Final das crianças do Total de dificuldades do SDQ – Grupo 5

Analisando o gráfico 65, do total de dificuldades do SDQ, podemos verificar que para as crianças, antes da intervenção, nove apresentavam valores de nível “normal”, uma apresentava valores de nível “limitrofe” e duas apresentavam valores de nível “anormal”. Após a intervenção, oito crianças apresentaram valores de nível “normal” e quatro de nível “limitrofe”, mostrando uma melhoria dos resultados após a intervenção.

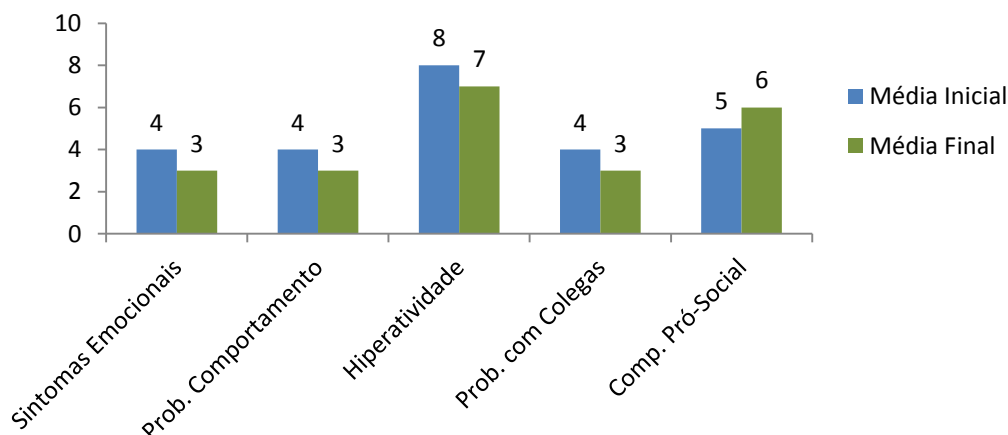


Gráfico 66: Valores médios iniciais e finais do grupo obtidos pelos SDQ's dos professores – Grupo 5

Analisando o gráfico 66, referente à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, segundo a avaliação feita pelos professores, as crianças apresentaram pontuações inferiores em todas as subescalas. Convém referir que na subescala do comportamento pró-social apesar de ter uma pontuação superior após a intervenção, esta tem representação contrária, ou seja, quanto mais elevado melhor.

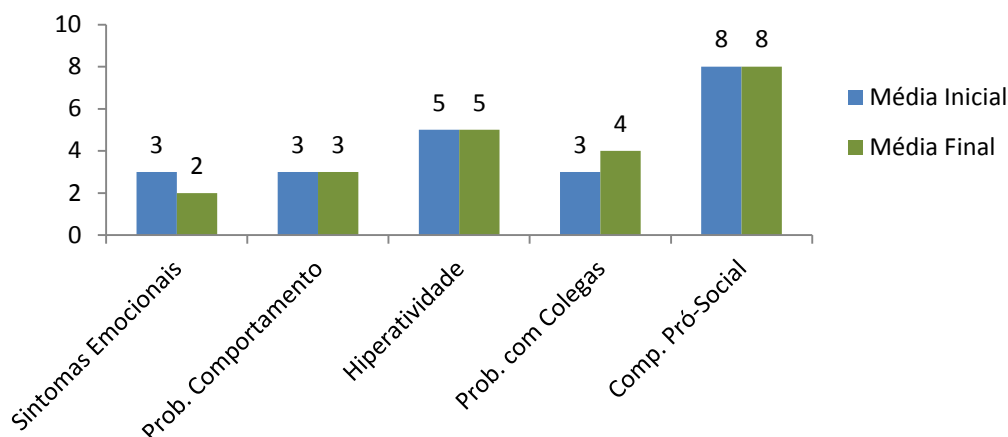


Gráfico 67: Valores médios iniciais e finais do grupo obtidos pelos SDQ's dos pais – Grupo 5

Analisando o gráfico 67, referente à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, segundo a avaliação feita pelos pais, as crianças não apresentaram diferenças nas pontuações em três subescalas: problemas de comportamento, hiperatividade e comportamento pró-social. Relativamente à subescala dos sintomas emocionais as crianças apresentaram pontuações inferiores após a intervenção, ao contrário do que se constatou nos problemas de relacionamento com os colegas.

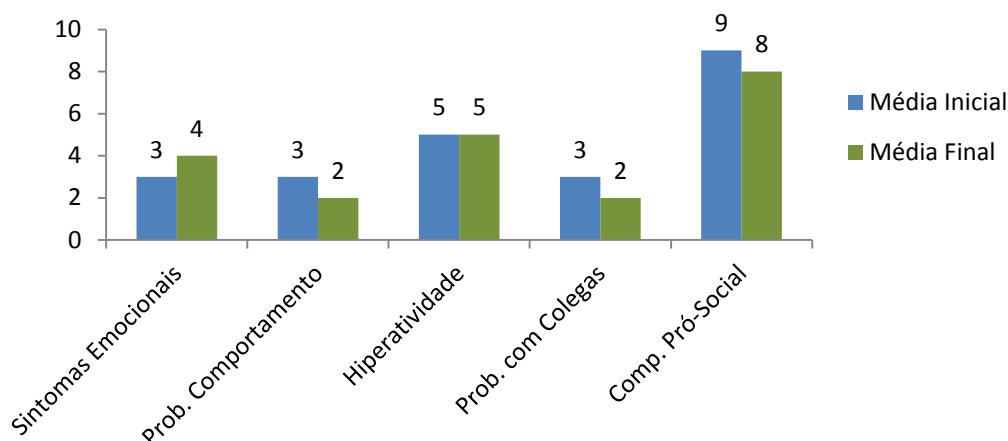


Gráfico 68: Valores médios iniciais e finais do grupo obtidos pelos SDQ's das crianças – Grupo 5

Analisando o gráfico 68, referente à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, segundo a avaliação feita pelas crianças, as mesmas não apresentaram diferenças na pontuação apenas na subescala da hiperactividade. Apresentaram pontuações inferiores após a intervenção nas restantes escalas excepto na subescala dos sintomas emocionais, que se verifica uma pontuação superior à inicial.

Avaliação do Impacto do Programa

Nesta avaliação serão apresentadas as apreciações das 12 crianças sobre a intervenção. No que respeita à utilidade da intervenção, todas as crianças classificaram as sessões como “giras e úteis”, e todas gostaram “muito” das sessões.

Dos quatro momentos distintos da sessão, as crianças mostraram a sua preferência pelas atividades e pela relaxação, sendo o diálogo inicial e final os momentos menos apreciados.

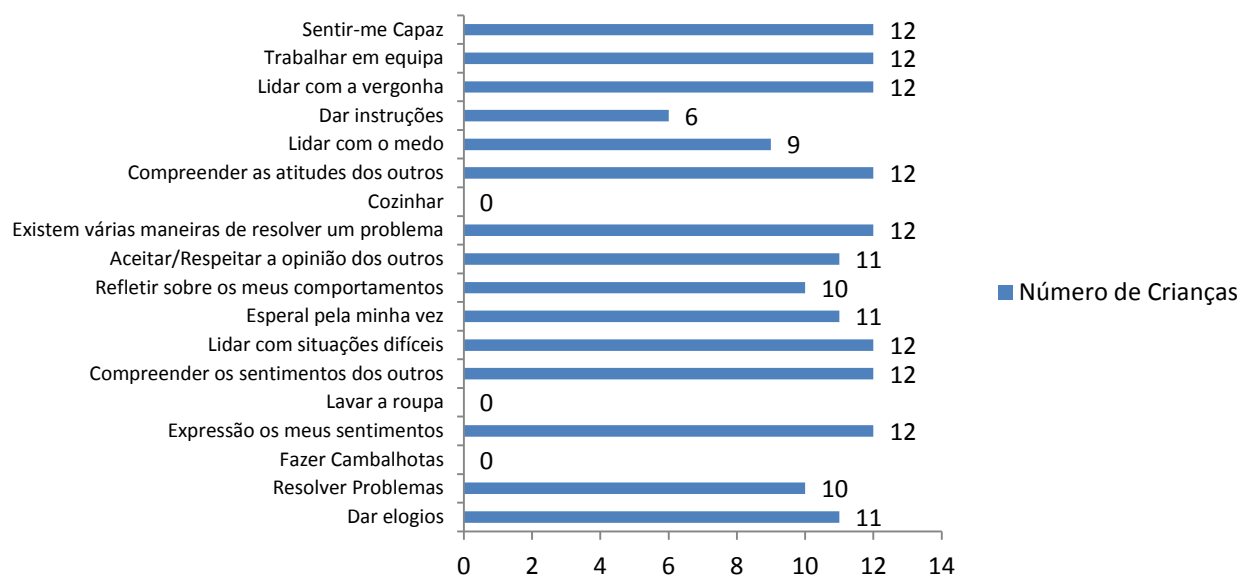


Gráfico 69: Percepção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção-Grupo 5

Como se pode analisar no gráfico 69, as crianças selecionaram como principais aprendizagens o “sentir-se capaz”, o “trabalhar em equipa”, o “lidar com a vergonha”, o “compreender as atitudes dos outros”, a capacidade de compreender que “existem várias maneiras de resolver um problema”, o “lidar com situações difíceis”, o “compreender os sentimentos dos outros” e o “expressar sentimentos”. Podemos verificar ainda que nenhuma das variáveis parasitas foi assinalada.

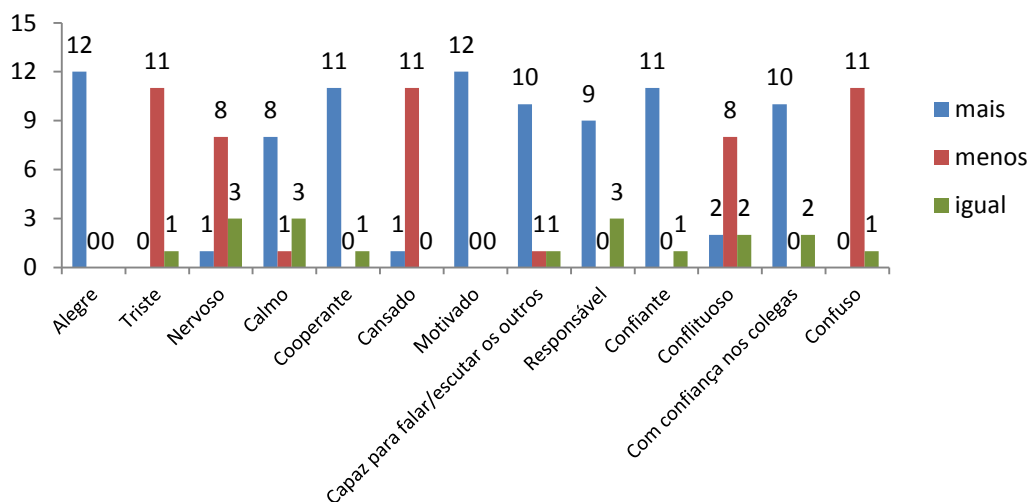


Gráfico 70: Percepção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção-Grupo 5

Analisando o gráfico 70, pode-se verificar que após a intervenção a maioria das crianças sentiu-se mais alegre, cooperante, motivada, capaz de falar e escutar os outros e com uma maior confiança em si e nos outros. De salientar ainda que a maioria das crianças se sentiu menos triste, nervosa e confusa após a intervenção.

3.7.4. Centro Social Paroquial de Oeiras

Seguidamente encontra-se a apresentação dos resultados das avaliações, iniciais e finais, do grupo do Centro Social Paroquial de Oeiras (CSPO). Para a realização da avaliação foram considerados apenas os utentes que estiveram presente em mais de metade das sessões e que reuniam as condições necessárias para responder ao protocolo de avaliação, perfazendo um total de seis utentes.

Na tabela 1 encontram-se os resultados do domínio da orientação.

Tabela 1 – Avaliação inicial e final dos utentes do CSPO do domínio de Orientação

Sessões		19	22	21	16	16	22
Utentes		Te.	Od.	Ba.	Ve.	Ci.	Jo.
Orientação	Av.Inicial	5	7	7	5	7	8
	Av.Final	4	8	6	5	8	9
	Diferença	-1	+1	-1	0	+1	+1

Neste domínio foram realizadas nove perguntas sobre o ano, o mês, o dia do mês, o dia da semana, a estação do ano para além do país, da cidade, do distrito e ainda do local onde se encontravam. Como se pode observar na tabela 1 todos os utentes conseguiram acertar, inicialmente, em pelo menos metade das perguntas. Na avaliação final, pode-se dizer a Ve. manteve o número de perguntas respondidas correctamente, a Od., a Ci. e o Jo. responderam corretamente em mais uma, enquanto que a Ba. e a Te. falharam uma.

Tabela 2 – Avaliação Inicial e final dos utentes do CSPO da Capacidade de Retenção e Evocação.

Sessões	Utentes	Retenção			Evocação		
		Av.Inicial	Av.Final	Diferença	Av.Inicial	Av.Final	Diferença
19	Te.	3	3	0	3	0	-3
22	Od.	3	3	0	3	3	0
21	Ba.	3	3	0	3	3	0
16	Ve.	3	3	0	3	3	0
16	Ci.	3	3	0	3	3	0
22	Jo.	3	3	0	3	3	0

A capacidade de retenção e evocação foi outra área avaliada. Nesta avaliação eram ditas três palavras aos utentes (pêra, gato, bola). Após ouvirem as palavras, os utentes teriam que repeti-las sendo cotado 1 ponto por cada palavra correta, sendo avaliado a capacidade de retenção. A capacidade de evocação era avaliada pedindo ao utente para relembrar as três palavras anteriormente ditas, sendo cotado 1 ponto por cada palavra correta. Através da tabela 2 podemos ver que todos os utentes, inicialmente, acertaram nas três palavras, quer na capacidade de retenção como na capacidade de evocação. Na avaliação final, no geral os resultados mantiveram-se, à excepção da Te. que foi a única que piorou na capacidade de evocação passando de três palavras corretas para nenhuma palavra.

Tabela 3 – Avaliação inicial e final do domínio da Saúde Mental e Bem-Estar dos utentes do CSPO.

Saúde Mental e Bem-Estar	Utentes								
	Te.			Od.			Ba.		
Questão	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.
1	1	1	0	1	1	0	1	1	0
2	4	5	+1	4	2	-2	1	2	+1
3	1	1	0	2	1	-1	1	1	0
4	2	2	0	2	2	0	2	2	0
5	1	1	0	1	2	+1	2	2	0
6	2	2	0	2	2	0	2	2	0
7	1	1	0	2	1	-1	2	1	-1
Sessões	19			22			21		
	Utentes								
	Ve.			Ci.			Jo.		
Questão	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.
1	1	1	0	1	1	0	2	1	-1
2	4	4	0	4	3	-1	3	2	-1
3	2	1	-1	2	2	0	1	1	0
4	1	2	+1	2	2	0	2	2	0
5	1	2	+1	1	2	+1	2	2	0
6	1	1	0	2	2	0	2	2	0
7	1	1	0	2	2	0	2	2	0
Sessões	16			16			22		

A.I. avaliação inicial

A.F. avaliação final

D. diferença

Para a avaliação do domínio da Saúde Mental e Bem-Estar dos utentes foram realizadas sete questões. A primeira questão consistia em saber se os utentes conseguiam realizar atividades importantes para si, tendo em conta a cotação: “1-sim, 2-não”. Inicialmente apenas o Jo. disse não conseguir, os restantes utentes disseram conseguir. Na avaliação final os resultados mantiveram-se excepto do Jo. que referiu conseguir.

Na segunda questão, que pretendia saber como os utentes percecionavam a sua saúde, as respostas poderiam variar entre “1-excelente; 2-muito boa; 3-boas; 4- razoável; 5- fraca”. Na avaliação inicial um utente avaliou a sua saúde como “fraca”, outro utente como “boa”, e os outros quatro como “muito boa”. Na avaliação final apenas a Ve. manteve a sua resposta, três utentes responderam para melhor enquanto que os restantes dois utentes classificaram a sua saúde como pior que inicialmente.

A terceira questão, sobre se os utentes se sentiam sozinhos tinha como respostas “1-nunca; 2- às vezes; 3-muitas vezes”. Na avaliação inicial três utentes responderam que nunca se sentiam sozinhos e os outros três utentes responderam às vezes. Após a intervenção, os resultados melhoram visto que apenas a a Ve. manteve a resposta “às vezes” enquanto que os outros utentes responderam todos “nunca”.

A quarta pergunta questionava o utente se este teria tido alguma perda ou luto recentemente, variando as respostas entre “1-sim” e “2-não”. Nesta questão, como é possível verificar, houve apenas uma alteração da avaliação inicial para a final, havendo um utente que sofreu essa perda inicialmente mas que na avaliação final já não referiu essa perda.

A quinta pergunta referia-se ao estado psicológico do utente, se este se tinha sentido em baixo, deprimido ou desesperado no último mês, variando as respostas entre “1-sim” e “2-

não”. Após a intervenção nota-se uma melhoria nas respostas, excepto a Te. que continuou a responder afirmativamente à questão, enquanto que os outros cinco utentes mantiveram a resposta ou melhoraram.

A penúltima pergunta, acerca do utente sentir-se pouco interessado ou sem prazer em realizar as atividades no último mês, as respostas variam entre “1-sim” e “2-não”. Inicialmente os utentes responderam ter interesse excepto a Ve. que referiu não estar interessado ou não ter prazer em realizar as atividades. Como se pode ver não houve qualquer alteração na avaliação inicial para a final, havendo apenas um utente a referir sentir-se pouco interessado ou sem prazer em realizar as atividades no último mês.

Por fim, a última pergunta questionava se os utentes tinham preocupações relativamente às falhas de memória, e a sua cotação variava entre “1-sim” e “2-não”. Inicialmente dois utentes referiram estar preocupadas, enquanto que outros quatro utentes não. Após a intervenção o nível de preocupação manteve-se excepto para a Od. e Ba. que se mostraram mais preocupadas.

Tabela 4: Avaliação inicial e final dos domínios Físico e Psicológico dos utentes do CSPO.

Sessões	Utentes	Domínio Físico			Domínio Psicológico		
		A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.
19	Te.	28	29	+1	17	16	-1
22	Od.	25	28	+3	23	24	+1
21	Ba.	31	31	0	25	24	-1
16	Ve.	27	18	-9	23	24	+1
16	Ci.	25	29	+4	18	24	+6
22	Jo.	23	25	+2	22	24	+2

Através da tabela 4 podemos analisar o domínio físico e psicológico. As respostas para o domínio físico podiam variar entre “1-nada, 5-muitíssimo” ou “1-muito má, 5-muito bom” ou ainda “1-muito insatisfeito, 5-muito satisfeito”. As respostas para o domínio psicológico podiam variar entre “1-nada, 5-muitíssimo” ou “1-muito insatisfeito, 5-muito satisfeito” ou ainda “1-nunca, 5-sempre”. Pode-se concluir que os resultados no geral melhoraram significativamente e foram bastante elevados após a intervenção, principalmente no domínio físico que tinha como máximo 35, enquanto que e no domínio psicológico tinha como máximo 30, no entanto os resultados também melhoraram apesar de se apresentarem mais longe do máximo. Convém salientar que a Ve. piorou muito após a intervenção no domínio físico (-9). Este resultado pode ser explicado pela dificuldade que a utente tem ao nível da mobilidade. O jo. é o utente de cadeira de rodas e que apresenta menos pontuação no domínio físico, no entanto, dadas as limitações considera-se elevada.

Tabela 5: Avaliação inicial e final dos domínios Relações Sociais e Meio Ambiente dos utentes do CSPO.

Sessões	Utentes	Domínio Relações Sociais			Domínio Meio Ambiente		
		A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.
19	Te.	12	11	-1	28	31	+3
22	Od.	11	11	0	31	33	+2
21	Ba.	11	11	0	32	31	-1
16	Ve.	13	11	-2	30	29	-1

16	Ci.	11	11	0	30	32	+2
22	Jo.	9	11	+2	29	30	+1

A tabela 5, apresenta os resultados da avaliação inicial e final do domínio relações sociais e do domínio meio ambiente. As respostas para o domínio relações sociais variavam entre “1-muito insatisfeito, 5-satisfeito”, enquanto que as respostas do domínio meio ambiente variavam entre “1-nada, 5-muitíssimo” ou “1-muito insatisfeito, 5-muito satisfeito”. No domínio das relações sociais os resultados pioraram ligeiramente após a intervenção excepto o Jo. No domínio meio ambiente, no geral, após a intervenção os resultados melhoraram.

Tabela 6: Avaliação inicial e final da Motricidade Fina, Noção Corporal e Estruturação Rítmica dos utentes do CSPO.

Sessões	Utentes	Motricidade Fina			Noção Corporal			Estruturação Rítmica		
		A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.
19	Te.	2	4	+2	1	1	0	0,5	1	+0,5
22	Od.	2	3	+1	1	1	0	1	0,5	-0,5
21	Ba.	1	3	+2	1	1	0	0,5	1	+0,5
16	Ve.	3	2	-1	1	1	0	0,5	0,5	0
16	Ci.	2	3	+1	1	1	0	0,5	1	+0,5
22	Jo.	1	1	0	1	1	0	0,5	0,5	0

Na tabela 6 podem-se observar os resultados da avaliação da motricidade fina, da noção corporal e da estruturação rítmica. Para avaliar a motricidade fina foi pedido aos utentes para compor e decompor uma pulseira de clips, o mais depressa possível e com 10 clips. De acordo com o tempo que demoravam cotava-se: “4- compõe e decompõe a pulseira em menos de 2 minutos”, “3-compõe e decompõem entre 2 e 3 minutos”, “2-compõe e decompõe entre 3 e 5 minutos”, “1-compõe e decompõe a pulseira em mais de 6 minutos ou se não realiza a tarefa”. Podemos ver, com os valores apresentados, que os utentes pioraram após a intervenção. Convém ainda salientar que o Jo. é o único utente a ser cotado com 1 e, isto deve-se à sua condição física que não permite realizar a tarefa.

Para a avaliação da noção corporal, foi pedido aos utentes que identificassem 10 partes do corpo. A cotação fazia-se segundo o número de partes que acertavam, ou seja, “1-8 a 10 partes”, “0,5-entre 5 a 7” e “0-menos de 5”. Os resultados iniciais encontravam-se em valores bastantes elevados, o que se manteve após a intervenção. No que diz respeito à avaliação da estruturação rítmica os utentes tinham de imitar quatro batimentos distintos sendo a cotação dada consoante o número de batimentos correctamente imitados: 1-reproduz corretamente 4 batimentos; 0,5-reproduz corretamente 2 ou 3 batimentos; 0-reproduz corretamente 1 ou 0 batimentos. Como se pode verificar apenas um utente piorou após a intervenção.

Tabela 7: Avaliação inicial e final do Equilíbrio dos utentes do CSPO

Sessões	Utentes	Equilíbrio Estático 1			Equilíbrio Estático 2			Equilíbrio Estático 3			Equilíbrio Dinâmico		
		A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.
19	Te.	6	6	0	2	2	0	2	2	0	6	6	0
22	Od.	6	6	0	1	0	-1	1	0	-1	6	4	-2
21	Ba.	6	6	0	2	1	-1	1	2	+1	6	6	0
16	Ve.	5	5	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0
16	Ci.	6	6	0	2	2	0	2	2	0	6	6	0

Através da análise da tabela 7 podemos ver algumas diferenças relativamente ao equilíbrio estático e dinâmico dos utentes. Antes da análise dos resultados é importante referir que o Jo. não realizou a avaliação inicial nem final nestes domínios pois encontrase em cadeira de roda, e em utentes em cadeiras de rodas não foi avaliado o equilíbrio estático e dinâmico.

Na avaliação do equilíbrio estático havia três tarefas distintas. Na primeira, o utente teria que ficar de pé durante cinco segundos e a cotação era dada da seguinte forma: “0-não realiza”, “1-com dois apoios fixos”, “2-com um apoio fixo”, “3-com uma pessoa”, “4-com dois apoios”, “5-com um apoio” e “6-sem apoio”. Na segunda tarefa, os utentes teriam que estar em bicos dos pés durante 5 segundos e a cotação era realizada da seguinte forma: “2-sem apoio”, “1-com apoio” e “0-não realiza a tarefa”. Na última tarefa do equilíbrio estático, o utente teria que ficar sobre um pé durante cinco segundos, sendo a cotação feita da seguinte forma: “0-não realiza”, “1-com apoio” e “2-sem apoio”. Como podemos observar na tabela 7, no equilíbrio estático 1 não se verificaram alterações em nenhum utente, no equilíbrio estático 2 dois utentes mantiveram a pontuação enquanto que os outros três apresentaram piores resultados após a intervenção e, no equilíbrio estático 3 os resultados dividiram-se, um utente melhorou, dois mantiveram as pontuações e outros dois pioraram após a intervenção.

Relativamente ao equilíbrio dinâmico a sua avaliação consistia em andar uma distância de cinco metros em direção a um ponto fixo e voltar para trás, sendo a cotação atribuída do seguinte modo: “0-não realiza”, “1-marcha ajudada por duas pessoas”, “2-caminha entre barras ou com apoio contínuo”, “3-caminha com ajuda de uma pessoa”, “4-anda com andarilho ou duas canadianas”, “5-caminha com uma bengala ou canadiana” e “6-anda sozinho”. Após a intervenção apenas a Od. apresentou piores resultados após a intervenção, os restantes utentes mantiveram.

Tabela 8: Avaliação inicial e final da Vigília dos utentes do CSPO durante o preenchimento do protocolo

Sessões		19	22	21	16	16	22
Utentes		Te.	Od.	Ba.	Ve.	Ci.	Jo.
Vigília	Av.Inicial	1	1	1	1	1	1
	Av.Final	1	1	1	1	1	1
	Diferença	0	0	0	0	0	0

O nível de vigília dos utentes foi cotado da seguinte forma: “1” se responde à primeira à instrução de todos os itens, “0,5” se é necessário repetir sistematicamente pelo menos metade das instruções e “0” se cada instrução é repetida duas vezes.

Como se pode verificar na tabela 8, durante a avaliação inicial e final os utentes mostraram uma boa capacidade de vigília, não tendo sido necessária a repetição da instrução nas tarefas.

3.8. Discussão dos Resultados

3.8.1. Casa da Fonte

A intervenção na Casa da Fonte contou com uma elevada flutuação de crianças ao longo das sessões, uma vez que o grupo mudava frequentemente, devido às constantes entradas e saídas da Casa. Durante o período de intervenção, contámos com a presença de 18 crianças, destas apenas uma esteve presente nas 23 sessões realizadas. Este facto condicionou a intervenção, uma vez que foi necessário repetir atividades de coesão do grupo e de cooperação, de forma a poder integrar as crianças que entravam no grupo de intervenção. Apesar disso, o número de crianças em cada sessão, não variou muito,

tendo oscilado entre quatro e sete crianças e a média de crianças por sessão foi de cinco.

Analisando a avaliação dos educadores da Casa da Fonte que corresponde à versão dos Professores verificaram-se algumas alterações, ainda que ligeiras. Assim, segundo a avaliação dos educadores, as crianças apresentaram melhorias, após a intervenção, ao nível dos sintomas emocionais, dos problemas de comportamento e dos problemas de relacionamento com os colegas. De uma forma geral, as crianças apresentaram menos dificuldades na avaliação final, sendo que uma criança (Da.) melhorou de forma significativa os seus resultados, de acordo com os educadores. O facto de não se verificarem grandes alterações dos resultados após a intervenção, na opinião dos educadores, está provavelmente relacionado com o facto de os Questionários SDQ da avaliação inicial e final serem preenchidos, com pouca diferença de tempo, pelo que seria importante futuramente os estagiários estarem mais atentos ao preenchimento e entrega dos referidos documentos por parte dos educadores da Casa.

De acordo com a avaliação dos auxiliares, os progressos das crianças ao nível das competências pessoais e sociais não foram evidentes, uma vez que os resultados finais foram muito semelhantes aos iniciais. Segundo a avaliação dos auxiliares, as crianças apenas apresentaram melhorias na subescala dos problemas de relacionamento com os colegas. Em termos médios, apresentaram os mesmos resultados na subescala dos problemas de comportamento, da hiperatividade e do comportamento pró-social e pioraram ao nível dos sintomas emocionais. Na avaliação dos auxiliares, que corresponde a avaliação dos pais, é importante salientar a diferença verificada em alguns casos, como na subescala dos sintomas emocionais, em que uma criança (Fa.) piorou de forma significativa os seus resultados. Contudo, deve ser tido em consideração que por vezes, os auxiliares preenchem os questionários sem conhecerem bem as crianças, o que pode influenciar os valores iniciais.

As diferenças verificadas entre a avaliação dos educadores e dos auxiliares podem estar relacionadas com o tempo que cada um destes elementos passa com as crianças, e que pode influenciar a perceção dos mesmos acerca das próprias crianças. Além disso, podem surgir dificuldades no relacionamento das crianças institucionalizadas com os técnicos, que se prendem, essencialmente, com o número reduzido de funcionários face ao número de crianças e jovens institucionalizados. Este facto aumenta a sobrecarga sobre os técnicos e faz, consequentemente, com que estes fiquem mais indisponíveis e sem tempo para atender às individualidades de cada criança (Mota & Matos, 2010).

Devido às frequentes, e imprevisíveis, saídas das crianças na Casa da Fonte, não foi possível obter a autoavaliação final de três das nove crianças, contempladas na avaliação dos educadores e dos auxiliares, ficando esta incompleta.

Analisando agora os dados da autoavaliação das crianças, é possível verificar, através das médias dos valores iniciais e finais, que estas apresentaram piores resultados, após a intervenção, na subescala dos sintomas emocionais, dos problemas de relacionamento com os colegas e do comportamento pró-social, o que não era esperado pelas estagiárias, nem vai de encontro à avaliação feita pelos educadores. No entanto estes resultados não podem ser analisados de forma linear, uma vez que nas diferentes subescalas, bem como no total de dificuldade do SDQ algumas crianças melhoraram os seus resultados, enquanto outras pioraram. Os resultados verificados podem estar relacionados com o facto de uma criança (Th.) se ter autoavaliado de forma muito negativa ao nível dos sintomas emocionais, dos problemas de comportamento, dos problemas de relacionamento com os colegas após a intervenção. Convém ainda salientar que esta criança, apresentou poucas dificuldades na avaliação inicial, o que talvez explique a discrepância verificada entre a avaliação inicial e final no total de dificuldades do SDQ. Assim, considera-se que no momento da avaliação inicial esta criança não tinha a perceção das suas reais dificuldades, daí não ter feito uma avaliação ajustada à realidade e bastante díspar dos educadores e dos auxiliares. Convém

salientar que os resultados obtidos através da autoavaliação do Th., não estão de acordo com aquilo que se verificou no decorrer da intervenção, uma vez que esta criança apresentou progressos ao nível do comportamento, participação, empenho e motivação nas sessões.

Um outro fator que pode influenciar os resultados, prende-se com o facto de a avaliação final coincidir com a saída das crianças da Casa, o que constitui por si só um momento de grande agitação e ansiedade para as crianças, e que pode deturpar a perceção das mesmas acerca das suas próprias dificuldades, exacerbando-as em alguns casos. Estes dados são corroborados por Antunes (2011) que afirma que a saída da instituição representa um momento de grande vulnerabilidade e sofrimento emocional para a criança ou jovem.

Relativamente à avaliação do impacto do programa, todas as crianças gostaram das sessões, considerando-as “giras e úteis”, algumas crianças indicaram o diálogo inicial e final como os momentos menos apreciados da sessão. Considera-se que estes são os momentos menos apreciados, pelo facto de as crianças não se sentirem confortáveis em partilhar com o grupo as suas vivências pessoais ou por estes serem momentos menos dinâmicos, em que as crianças têm de estar paradas a ouvir os outros. Quanto às aprendizagens adquiridas, a maioria das crianças considerou que após a intervenção melhorou aspetos como a expressão dos sentimentos, o esperar pela sua vez, a resolução de problemas e o trabalhar em equipa, o que vai de encontro aos resultados esperados pelas estagiárias e à avaliação informal realizada ao longo da intervenção.

Em relação às avaliações da sessão, realizadas semanalmente pelas crianças, verificou-se que as aprendizagens adquiridas pelas crianças, foram de encontro aos objetivos estabelecidos pelas estagiárias.

De uma forma geral, considera-se que os objetivos foram cumpridos, ainda que os resultados da intervenção ficassem aquém daquilo que era esperado, tendo em conta que os progressos da intervenção apenas foram evidentes na avaliação feita pelos educadores. Os dados apurados podem estar relacionados com a institucionalização e com as dificuldades que as crianças enfrentam ao longo deste processo. Geralmente, a institucionalização é vivida como uma experiência dolorosa, uma vez que provoca a ruptura com o ambiente conhecido, exige adaptações sucessivas (Amado *et al.*, 2003, *cit. in* Bizarro, 2011) e fornece relações descontínuas e dificuldades na construção dos afetos e identidade própria (Teixeira, 2009, *cit. in* Bizarro, 2011). Para além disto, a separação do ambiente conhecido e a chegada à instituição implica sentimentos de perda, angústia e, muitas vezes, um intenso sentimento de culpa e necessidade de recuperar o ambiente perdido (Amado *et al.*, 2003, *cit. in* Bizarro, 2011).

Numa avaliação mais informal, foi possível verificar que as crianças melhoraram ao nível do comportamento, da comunicação com os pares e com as próprias estagiárias, do respeito pelo outro, da compreensão e expressão dos sentimentos. Por fim, convém salientar que a capacidade reflexiva das crianças também melhorou, sendo que estas foram capazes de interiorizar e expressar de forma mais eficaz as aprendizagens adquiridas, transferindo simultaneamente estas aprendizagens para a sua vida diária, o que também se pretendia com a intervenção.

3.8.2. Psicomotricidade na Escola E.B.1. d’Os Moinhos do Restelo – Grupo 3

Neste grupo, que era constituído por sete crianças, apenas foi possível analisar a avaliação dos pais de seis crianças, visto não ter sido possível obter a avaliação de um pai, ficando esta incompleta. Para além disso, como se trata de um grupo de crianças com 6 anos, não foram realizadas autoavaliações com recurso ao SDQ, sendo apenas possível apresentar os resultados dos professores e dos pais. Tendo em conta os resultados obtidos na avaliação dos professores e dos pais pode-se dizer que houve melhorias ao nível das competências pessoais e sociais, com maior evidência na avaliação dos professores.

Comparando a avaliação inicial dos professores e dos pais observam-se valores diferentes, com excepção da subescala dos sintomas emocionais, que é avaliada por ambos, como a subescala onde as crianças não apresentam dificuldades. Para os professores os problemas de comportamento e a hiperatividade são as subescalas que apresentam pontuação mais elevada, já a avaliação dos pais apresenta uma pontuação menor, no entanto acima do nível de “normalidade”. Para os pais, os problemas de relacionamento com os colegas e o comportamento pró-social são subescalas onde os filhos não apresentam dificuldades, ao contrário dos professores que identificam algumas dificuldades nos alunos, pontuação dentro do intervalo “limítrofe”.

No que se refere à avaliação final, constata-se que para os professores as crianças obtiveram melhores resultados após a intervenção, principalmente ao nível dos problemas de comportamento e dos problemas de relacionamento com os colegas. Tendo em conta a idade do grupo, a melhoria nos problemas de comportamento é importante e remete-nos para o que já foi escrito anteriormente, ou seja, nem todos os comportamentos das crianças que revelem agressividade desobediência ou teimosia podem ser considerados problemas de comportamento, uma vez que a criança ainda está a desenvolver a sua maturidade e só por volta dos seis, sete anos é que assimila valores morais e sociais (Marcelli, 2005 *cit. in* Cardoso, 2011). A subescala da hiperactividade, segundo a avaliação final dos professores, apresentou pontuações inferiores às iniciais, no entanto mantém-se no nível “anormal”. Estes valores elevados podem estar associados ao facto da hiperatividade não ser um domínio que se trabalhe directamente, mas sim algo que é trabalhado indirectamente na atividade. As restantes subescalas mantiveram-se os mesmos valores. No geral, e tendo em conta a avaliação dos professores, pode-se dizer que os resultados obtidos foram positivos, e que os objetivos definidos foram cumpridos. Ainda segundo a avaliação dos professores, na avaliação final do total de dificuldades há quatro crianças, To., Da., Ma. e Pe., que se destacam pela positiva, apresentando pelo menos sete pontos de diferença da avaliação inicial do total de dificuldades. Este facto remete-nos para a importância da intervenção precoce e a literatura diz-nos que quanto mais cedo se iniciar a intervenção, maiores serão os resultados, devido à maior plasticidade cerebral (Nelson, 2000 *cit. in* Sá, 2013), em que as células se adaptam às novas exigências com facilidade (Dunst, 2007 *cit. in* Sá, 2013).

Para os pais, os valores mantiveram-se muito semelhantes (à excepção da subescala da hiperatividade que apresentaram piores resultados após a intervenção, e em contrário a subescala do comportamento pró-social que apresentaram melhores resultados), comparando a avaliação inicial e final, o que nos diz que, para estes, não houve uma melhoria significativa dos filhos. Esta realidade é contrária ao que é escrito na literatura, ou seja, normalmente são os professores que avaliam de forma mais rígida as crianças, comparativamente à avaliação dos pais (Bolsoni-Silva *et al*, 2006). É importante ainda referir que no total de dificuldades iniciais e finais a Li. tem uma diferença de mais dez pontos. Pensa-se que esta diferença está associada ao facto de a mãe da Li. não saber ler, referido pela criança em questão. No preenchimento do SDQ antes da intervenção foi dito pela criança que a mãe teve ajuda, e na entrega do SDQ após a intervenção não foi referido qualquer problema, daí a dúvida da veracidade daquelas respostas.

Numa avaliação informal das estagiárias, verificou-se uma melhoria ao nível do comportamento das crianças relativamente à participação, à relação com os pares e ao autocontrolo. O que se observou nas sessões é mais representativo da avaliação dos professores do que da avaliação dos pais, visto terem sido observadas melhorias significativas durante a intervenção. No geral, e tendo em conta toda a intervenção, pode-se considerar que as crianças evoluíram, algumas de forma mais significativa do que outras, e os objetivos foram cumpridos.

Relativamente à avaliação das crianças sobre o programa, todas afirmaram ter gostado muito das sessões, mencionando a sua importância, e consideraram ter adquirido

competências o sentir-se capaz, o trabalho em equipa, a respeitar/aceitar a opinião dos outros, a refletir sobre os seus comportamentos, a esperar pela sua vez e a exprimir os seus sentimentos. As variáveis parasitas não foram selecionadas por nenhuma criança, o que mostra a atenção por parte das mesmas.

Para finalizar, é importante referir que a maioria das crianças se sentiu com mais confiança nos colegas e ao mesmo tempo menos conflituosas.

3.8.4. Psicomotricidade na Escola E.B.1. d'Os Moinhos do Restelo – Grupo 5

Tendo em conta os resultados obtidos na avaliação, após a intervenção, é possível verificar que existiu uma evolução positiva nas competências pessoais e sociais das crianças, com maior evidência na avaliação dos professores.

De uma maneira geral, a avaliação inicial feita pelos pais e pelos professores apresentou algumas diferenças, sendo que os resultados dos professores na maioria das crianças eram mais elevados que o dos pais. Segundo Bolsoni-Silva *et al* (2006), as crianças com problemas de comportamento apresentam em contexto escolar uma maior dificuldade na capacidade de lidar com desafios interpessoais, os quais, neste contexto, são mais complexos e exigentes que em sua casa. Por esta razão, os problemas das crianças intensificam-se na escola levando a uma avaliação mais rígida da professora em comparação com os pais (Bolsoni-Silva *et al*, 2006).

Relativamente à avaliação dos professores, apesar de ter havido uma melhoria nos resultados, as crianças apresentam ainda valores elevados na subescala da hiperatividade. Um factor que pode ter levado a valores mais elevados ao nível da hiperatividade foi a frequência semanal e a duração do programa, assim como o número elevado de crianças no grupo. Antes da intervenção, os professores avaliaram as subescalas dos problemas de comportamento e da hiperatividade onde se encontravam grandes dificuldades. Na subescala dos problemas de relacionamento com os colegas e no comportamento pró-social identificaram algumas dificuldades. Após a intervenção, os resultados foram notórios, sendo que avaliaram a subescala da hiperatividade, como já foi referido anteriormente, com valores elevados, a subescala dos problemas de comportamento com pontuações elevadas, mas já num nível limítrofe e não anormal, e as restantes escalas em níveis normais. Convém ainda salientar a diferença de pontuação no total de dificuldades inicial e final das crianças Fr., Ro. e Pe. que representa uma melhoria significativa após a intervenção.

Na avaliação feita pelos pais, inicialmente, referiram apenas algumas dificuldades na subescala dos problemas de comportamento e nos problemas de relacionamento com os colegas, avaliando as restantes subescalas em níveis normais. Após a intervenção, os resultados de todas as subescalas mantiveram-se excepto a subescala dos problemas de relacionamento com os colegas que apresentaram valores muito elevados.

Relativamente à avaliação das crianças, quer antes da intervenção quer após a intervenção os resultados mantiveram-se, não apresentando nenhuma dificuldades em nenhuma subescala. As crianças deste grupo estavam no último ano de 1º ciclo, sujeitas a constantes avaliações, à preparação para os exames e à realização desses exames que, determinava o passar de ano ou não. Durante o preenchimento dos questionários foi notória o desejo dos alunos responder o que é “socialmente” correto e desejável e não a realidade das suas atitudes e comportamentos. Convém ainda destacar dois casos de sucesso, o Ro. e o Rb. que apresentam uma diferença de pontuação significativa no total de dificuldades segundo a sua própria avaliação, o que foi possível observar ao longo da intervenção. A subescala onde em que as crianças mostraram melhores resultados foi a subescala dos sintomas emocionais, uma vez que quer na avaliação inicial quer na avaliação final, as três fontes de avaliação apresentaram valores dentro da “normalidade”.

Numa avaliação informal das estagiárias, apesar de ter havido melhorias no grupo, no geral não foram os esperados pelas estagiárias. Várias razões podem estar inerentes a

este facto: a curta duração das sessões, principalmente com um grupo de 12 crianças e de três turmas diferentes (o que levava sempre a perdas de tempo para iniciar as sessões; o horário das sessões por ser num período de intervalo para algumas turmas e pelas sessões decorrerem num sítio de passagem de alunos, o que causava alguma agitação e desatenção por parte das crianças), a irregularidade das sessões (por razões alheias às estagiárias) pode ter condicionado a aquisição das competências desejadas por parte das crianças; a preparação para os exames de 1º ciclo e a realização dos próprios exames juntamente com o período de férias escolares, levaram a pausas significativas durante o período de intervenção. Convém ainda referir que durante a intervenção, principalmente no último período de intervenção, a relação entre as crianças teve muitos altos e baixos, a comunicação entre as mesmas era difícil e, eram frequentes as “lutas” entre algumas crianças fora das sessões, o que dificultou o trabalho e, consequentemente, o cumprimento dos objetivos definidos. Pensa-se que estes factos estejam relacionados com os elevados níveis de *stress* a que as crianças estavam sujeitas devido ao ano escolar em questão. Os comportamentos e as atitudes destas crianças devido à pressão e ao *stress* que estiveram sujeitas remete para o conceito de resiliência e, a literatura diz-nos, tal como já foi referido, que a resiliência está relacionada com os fatores de proteção, que permitem um confronto ajustado com estes fatores de stress e como tal antevêem um desenvolvimento positivo em crianças expostas a um contexto de risco (Sapienza & Pedromônico 2005). Quando os principais sistemas de proteção são prejudicados surgem as maiores ameaças para o seu desenvolvimento (Masten & Gewirtz, 2006).

No que diz respeito à avaliação das crianças sobre o programa, todas afirmaram ter gostado muito das sessões, mencionando a sua importância, e consideraram ter adquirido competências como o sentir-se capaz, o trabalhar em equipa, o lidar com a vergonha, o lidar com situações difíceis, a compreensão das atitudes dos outros, a resolução de problemas, a compreender os sentimentos dos outros e a expressar os seus sentimentos. Para finalizar é importante referir que a maioria das crianças se sentiu mais alegre, cooperante, motivada, capaz para falar e escutar os outros e com maior confiança em si e nos outros sentindo-se, ao mesmo tempo, menos tristes, nervosas e confusas.

3.8.4. Centro Social Paroquial de Oeiras

Como se pode verificar através da análise dos resultados do protocolo de avaliação dos utentes, após o período de intervenção estes apresentaram, de um modo geral, melhores resultados, no entanto ligeiros.

No que diz respeito ao domínio da orientação pode-se constatar que os resultados iniciais já eram bons e, após a intervenção, melhoraram tendo apenas um utente mantido os resultados. Apenas dois utentes baixaram os seus resultados em um ponto, o que não é considerado significativo. Este domínio foi trabalhado em todas as sessões e foi notória a melhoria de alguns utentes que inicialmente apresentavam mais dificuldades em relembrar a data.

Relativamente à capacidade de evocação e retenção pode-se constatar que os resultados iniciais já eram muito bons e, após a intervenção, todos se mantiveram à excepção de um utente que baixou os seus resultados em três pontos, o que é considerado significativo mas que está associado à sua doença (Alzheimer).

No domínio da saúde mental e bem-estar os resultados apresentados após a intervenção foram muito semelhantes aos iniciais, no entanto verificou-se uma melhoria em dois itens deste domínio, que um se referia à percepção de saúde dos utentes e outro referia-se ao sentir-se em baixo, deprimido ou desesperado no último mês. No se refere a estes dois itens, de um modo geral, o grupo apresentou melhores resultados o que vai de encontro ao esperado após a intervenção, visto que um dos objetivos desta ser o aumento do bem-estar.

No que se refere à primeira parte do protocolo, de auto-preenchimento, nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente observaram-se resultados elevados e melhorias nos mesmos. Convém referir que um utente que apresentou resultados bastante mais baixos, no domínio físico, que inicialmente mas que é explicado pela perda de mobilidade nas pernas, em que inicialmente andava sozinha e no fim da intervenção necessitava de um auxiliar de marcha (andarrilho). Este problema também pode estar relacionado com o excesso de peso da utente, que dificulta a marcha. Em alguns domínios, alguns utentes apresentam valores inferiores aos inicialmente apresentados, no entanto diferem em um ou dois pontos, o que não é considerado significativo. Estes resultados mostram que durante a intervenção os objetivos trabalhados foram cumpridos com a manutenção dos resultados elevados.

Na avaliação da motricidade fina e na estruturação rítmica os utentes mostram melhores resultados, à exceção de um utente em cada domínio. Na noção corporal os resultados apresentados, quer antes da intervenção quer no fim da intervenção, foram todos níveis máximos.

No equilíbrio estático e no equilíbrio dinâmico não foram apresentadas grandes alterações com exceções de alguns utentes que se por um lado uns apresentaram mais um ponto no resultado final, por outro lado outros apresentaram menos um ponto, no entanto foi uma minoria.

Durante o preenchimento do protocolo, tanto o inicial como o final, os utentes demonstraram sempre uma boa capacidade de atenção e concentração, tendo-se mantido os valores em níveis máximos nos dois momentos de avaliação.

Numa avaliação informal considerou-se que a intervenção mostrou bons resultados, principalmente na comunicação entre os utentes e na promoção do bem-estar. Com o decorrer da intervenção, os utentes mostraram-se mais participativos, maior facilidade em partilhar os acontecimentos vividos, falar sobre as suas emoções e mais receptivos ao que lhes propúnhamos. Estas melhorias não foram só constatadas por nós como pela equipa técnica do CSPO. Embora os resultados finais do protocolo não sejam representativos de uma melhoria significativa, a avaliação informal veio constatar que esta intervenção foi bastante benéfica para os utentes, e os próprios referiram gostar das sessões, considerando-as importantes para o seu bem-estar.

3.9. Atividades Complementares

Ao longo do estágio, para além das atividades desenvolvidas no âmbito da psicomotricidade e da promoção de competências pessoais e sociais, foram ainda desenvolvidas atividades complementares.

Na Casa da Fonte foram realizadas duas atividades extra, a primeira consistiu numa visita ao Aquário Vasco da Gama, planeada pelas estagiárias de 2º ciclo e que contou com a participação das crianças, das estagiárias, bem como de um educador da casa da Fonte (ver anexo XXIV). A segunda atividade extra coincidiu com o final da intervenção e compreendeu um passeio/dinamização de atividades no Parque dos Poetas em Oeiras, sendo que o planeamento das atividades foi da responsabilidade das estagiárias de 1º ciclo. Em anexo encontra-se o planeamento e o relatório destas duas atividades extra (ver anexo XXV).

É importante ainda referir que participei no Seminário “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre gerações”, organizado pela Cruz Vermelha Portuguesa, e também participei no Workshop “Crianças em Risco, Avaliação e Intervenção”, organizado pela Secção Estudantil da Associação Portuguesa de Psicomotricidade.

4. Dificuldades e Limitações

Antes de mais, convém referir que dificuldades e limitações foram e são encontradas em todos os trabalhos realizados, pelo que este estágio não foi diferente. Em todos os contextos de intervenção, possivelmente em alguns mais do que noutros, existiram aspetos limitantes à realização das sessões, que acarretaram dificuldades, mas que ainda assim foram ultrapassadas, com dedicação e persistência. A maioria das dificuldades com que nos deparamos, ainda que tivessem sido limitantes, constituíram o ponto de partida para o crescimento em termos pessoais e profissionais, aproximando-nos do contexto real de trabalho.

Na Casa da Fonte as estagiárias depararam-se com várias limitações. Inicialmente a principal dificuldade verificada prendeu-se com o espaço disponibilizado para a sessão, que não era o mais apropriado. Esta dificuldade foi ultrapassada, uma vez que as estagiárias pediram permissão para realizar as sessões no ginásio do Centro social Paroquial de Oeiras, pedido este que foi aceite pelos responsáveis do CSPO. Outra das limitações encontradas está relacionada com o horário em que decorreram as sessões, pois estas eram ao fim do dia e depois de uma semana de aulas, as crianças vinham naturalmente cansadas e por vezes acabavam por descarregar as frustrações da escola e da relação com os colegas, o que interferia com o decurso normal das sessões e com a prestação das crianças nas mesmas. As idades das crianças mostraram também ser uma limitação, pois ao longo do estágio, tivemos crianças com idades compreendidas entre os cinco e os 13 anos. Este facto dificultou o planeamento das sessões pois era necessário desenvolver atividades que se adequassem a todas as crianças, o que nem sempre se revelou uma tarefa fácil, pois as atividades mais simples desmotivavam as crianças mais velhas, e por outro lado as tarefas mais complexas não eram indicadas para as crianças mais novas, que ainda não tinham adquirido por exemplo competências de leitura. A duração da sessão também mostrou ser uma limitação no decorrer do estágio, uma vez que no início da sessão, as crianças tinham de arrumar o seu material da escola e a organização do grupo ainda demorava algum tempo. O tempo dedicado às atividades, bem como a reflexão sobre as mesmas deveria ter sido mais extenso, no entanto com o preenchimento das fichas de avaliação da sessão e do comportamento, a sessão passava muito rápido. O facto de algumas crianças participarem em apenas uma sessão, constitui de igual forma uma limitação e condicionou a intervenção, pela coesão do grupo. Além disso, na maior parte das vezes as crianças apenas frequentavam as sessões por indicação do Director da Casa, para estarem ocupadas e para verificarem se gostavam das atividades. Deste modo, estas crianças acabavam por não beneficiar da intervenção. Devido à flutuação do grupo ao longo das sessões verificou-se uma alteração na dinâmica e na relação entre as crianças, sendo que as crianças “novas” precisavam de algumas sessões para se integrarem no grupo, o que levava muitas vezes à repetição de atividades e não permitia alcançar os objetivos pré-estabelecidos. Por fim, considerando ainda a intervenção na Casa da Fonte, a falta de material revelou-se outra limitação pois o ginásio do CSPO dispunha apenas de bolas, cadeiras e mesas, pelo que o material necessário para as sessões era realizado e/ou levado pelas estagiárias.

No projeto Psicomotricidade na Escola, foram sentidas algumas limitações, nas sessões do grupo 2 que se realizaram na Escola E.B. 1 de Caselas, as dificuldades sentidas prenderam-se com a duração reduzida das sessões, uma vez que 45 minutos não eram suficientes para organizar o grupo, realizar as atividades e refletir sobre as mesmas. As sessões dos grupos 4 e 5, que se realizaram na escola E.B. 1 Os Moinhos do Restelo foram as que trouxeram mais dificuldades para as estagiárias porque eram realizadas num local de passagem, situado entre a cozinha e os corredores das salas de aula. Devido à sua localização, as sessões eram constantemente interrompidas por auxiliares, crianças ou professores que circulavam neste espaço, o que provocava alguma agitação nas crianças, que não se conseguiam concentrar nas tarefas que estavam a realizar. Outra limitação sentida foi a desistência de algumas crianças, quer por coincidir com a hora de outra atividade quer por decisão conjunta da criança e do professor, que na

opinião das estagiárias não foram razões que justificassem a saída das mesmas. Para além disso, algumas sessões não foram realizadas, sendo as estagiárias informadas na hora da sessão, devido a realização de atividades suplementares como por exemplo: fotografias de turma, simulacro, hora do conto, ou apresentação de projetos. Relativamente ao grupo 5, o horário das sessões mostrou ser uma limitação, pois era difícil reunir o grupo, tendo em conta que as crianças eram de turmas diferentes e algumas ainda estavam no intervalo neste horário. Ainda em relação ao horário das sessões do grupo 5, quando estava a chover nos dias da sessão, esta tinha de começar com um atraso de meia hora, pois havia crianças a ocuparem o ginásio, o que mostrou ser uma limitação. Na escola E.B. 1 dos Moinhos, a duração das sessões também mostrou ser uma limitação, visto os 45 minutos não serem suficientes para a realização de todas as etapas essenciais da sessão. Por fim, mas não menos, importante, a dificuldade de comunicação com as Professoras desta Escola, também se revelou uma limitação, pois as Professoras pareciam não compreender a importância das sessões, deixando por vezes ao critério das crianças a decisão de participar nas sessões ou impedindo-as mesmo de participar como forma de castigo pelo mau comportamento nas aulas.

Por último, e considerando a intervenção realizada no Centro Social Paroquial de Oeiras, inicialmente as estagiárias sentiram dificuldades em conseguir motivar os utentes a participarem nas sessões, contudo esta dificuldade foi-se atenuando ao longo das sessões através da confiança e empatia criada entre os utentes e as estagiárias e também através dos conteúdos das sessões. Outra dificuldade sentida inicialmente foi a adaptação de atividades para o grupo, uma vez que o mesmo era muito heterogéneo a nível de autonomia, contudo os objetivos foram sempre cumpridos. As soluções encontradas são, seguidamente, mencionadas: optou-se sempre por atividades em que os utentes pudessem ficar sentados, pois um utente tinha cadeira de rodas e algumas utentes tinham dificuldades na marcha; algumas atividades os utentes eram divididos em pequenos grupos, escolhidos pelas estagiárias, de modo a criar grupos de trabalho que se complementassem; o número de estagiárias, quatro, permitiu um acompanhamento mais individual aos utentes menos autónomos.

5. Conclusão, síntese geral e perspetivas para o futuro

Sinto-me privilegiada por ter realizado este estágio apesar de ser licenciada em Reabilitação e Inserção Social. Desde a minha licenciatura que realizar uma formação em Reabilitação Psicomotora era um dos objetivos de vida, agora concretizado pelo Mestrado em Reabilitação Psicomotora.

Este estágio permitiu vivenciar diversas experiências e, tenham sido elas positivas ou negativas, a única certeza é que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal. Todo o trabalho realizado com as crianças em contexto institucional, com as crianças em contexto escolar e com os idosos em contexto institucional, proporcionou um leque mais alargado de experiências, superou as minhas expectativas e enriqueceu os meus conhecimentos.

Relativamente à intervenção realizada na Casa da Fonte considero que os resultados obtidos foram positivos, sendo a intervenção ao nível das competências pessoais e sociais bastante importante neste contexto. As competências adquiridas pelas crianças durante as sessões são de extrema importância para o seu futuro, quer a nível escolar, pessoal, como posteriormente a nível profissional. Penso que caso haja possibilidade e viabilidade era uma mais valia formar dois grupos na Casa da Fonte, um com crianças mais novas e outro com crianças mais velhas de modo a haver uma adequação dos conteúdos a trabalhar e das atividades desenvolvidas. Convém ainda referir que a parte menos positiva deste estágio foi lidar com as saídas constantes de crianças, no entanto este trabalho é recompensador pelas razões já mencionadas, mesmo que seja por

breves momentos para algumas crianças. Contudo, saliento que a intervenção correu bem, os resultados foram positivos e a experiência enriquecedora.

No que se refere à intervenção no âmbito do projeto “Psicomotricidade na Escola”, as vivências nos três grupos foram distintas, devido às características de cada um, no entanto os resultados foram positivos. Apesar da avaliação dos pais e das crianças não serem concordantes, no contexto de intervenção foram perceptíveis mudanças nos comportamentos da maioria dos alunos, que inicialmente a relação com os colegas era difícil e, após a intervenção tornaram-se crianças mais participativas e com melhores relações com o outro. Para uma maior eficácia do programa este deveria ser iniciado mais cedo, com maior duração da sessão de modo a trabalhar mais profundamente as competências desejadas e o local onde decorrem (relativamente à Escola E.B.1 d’Os Moinhos).

A intervenção no projeto “Afetos na Escola”, em conjunto com as psicólogas da Junta de Freguesia São Francisco Xavier permitiu adquirir competências de trabalho com grandes grupos e aumentou a minha sensibilidade para abordagem de assuntos mais delicados. Inicialmente a participação nas sessões centrava-se no apoio à psicóloga responsável pela mesma, com o passar do tempo foi-me dada alguma responsabilidade chegando mesmo a dar as sessões de afetos sozinha, sem a presença da psicóloga; foi um grande desafio, encarado com naturalidade e concluído com feedback positivo sobre a minha prestação e evolução. Convém referir que seria uma mais valia acompanhar as turmas desde o início do ano letivo de modo a conhecer melhor as crianças e acompanhar as suas evoluções ao longo do ano e também para melhor compreender o sucesso e importância do projeto.

A intervenção no CSPO foi uma experiência enriquecedora e surpreendente. Inicialmente os idosos estavam muito resistentes principalmente por questões de afeto, pois referiam que criavam laços com as estagiárias e depois as mesmas não tinham um trabalho com longa duração, apenas no período de intervenção, e que esta ruptura custava-lhes muito. No entanto, a adesão às sessões foi muito positiva e os resultados provam o mesmo. Foi notória a evolução dos utentes, quer na relação entre eles quer através da intervenção psicomotora que proporcionou um maior bem-estar nos idosos, e conseqüentemente, uma percepção diferente sobre a sua qualidade de vida. Foi uma experiência muito diferente da intervenção com as crianças, especialmente nos vínculos formados entre os utentes e as estagiárias. Neste trabalho foi possível constatar que tão importante como o cumprimento dos objetivos é a disponibilidade e entrega que se dedica a este trabalho. O facto de todas as semanas já estarem à nossa espera, ansiarem pelo dia de sessão e mostrarem-se alegres com a mesma é muito compensatório. Esta disponibilidade, entrega e dedicação proporciona melhores resultados nos utentes. Este é um projeto de extrema importância que deveria ser continuado pois é essencial na vida destes, ou de outros, idosos.

O facto de não ser licenciada em Reabilitação Psicomotora aliado ao sentimento, que todos os estagiários enfrentam no princípio de uma vida profissional, de não saber pôr em prática o que já aprenderam, levou a que tivesse de fazer um esforço diário, para me integrar. Contudo, estes medos foram desaparecendo a cada dia de estágio, e a isto deve-se a todas as pessoas já referidas nos agradecimentos, em especial à minha colega Sara Melo.

Fazendo um balanço do trabalho realizado esta experiência contribuiu para um maior crescimento pessoal e profissional, abrindo novos horizontes. Todas as conquistas realizadas, e as frustrações vivenciadas neste estágio, contribuíram para enriquecer os meus conhecimentos sobre diferentes contextos e, acima de tudo, fizeram-me crescer enquanto pessoa.

A intervenção psicomotora é necessária em variadíssimas áreas e espero ter a oportunidade de contribuir para o reconhecimento da Psicomotricidade.

6. Bibliografia

- Abreu, M., & Xavier, M. (2008). O papel dos factores de protecção na promoção da resiliência em adolescentes. In *Resumos do I Congresso Internacional em Estudo da Criança – Infâncias Possíveis, Mundos Reais*, Braga.
- Alexandre, D. T., & Vieira, M. L. (2004). Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicologia em estudo*, 9(2), 207-217.
- Alves, S. N. (2007). *Filhos da madrugada: percursos adolescentes em lares de infância e juventude*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Antunes, M. D. P. (2011). *Factores de risco e de protecção associados à resiliência: estudo comparativo entre adolescentes que vivem com a família e adolescentes acolhidos em lar de infância e juventude*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- American Psychiatric Association – APA (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Aragón, M. (2007). Intervención Psicomotriz en Ancianos. *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Edições Pirâmide.
- Barreiros, J. (1999). Envelhecimento e lentidão Psicomotora. In P. P. Correia, M. Espanha & J. Barreiros (Ed.), *Envelhecer melhor com a actividade física – actas do simpósio 99* (pp. 63-71). Faculdade de Motricidade Humana Edições, Cruz Quebrada.
- Bizarro, L. M. G. (2011). *O Bem-estar Subjectivo de Adolescentes Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa, Portugal.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2003). *Habilidades sociais educativas, variáveis contextuais e problemas de comportamento: comparando pais e mães de pré-escolares*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – Universidade de São Paulo, Brasil.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 91-103.
- Bolsoni-Silva, A. T., Marturano, E. M., Pereira, V. A. & Manfrinato, J. W. S. (2006). Habilidades sociais e problemas de comportamento de pré-escolares: comparando avaliações de mães e professoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 460-469.
- Branco, M. E. C. (2000). *Vida, pensamento e obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizonte
- California Healthy Kids Survey Report (2007-2008). *California Safe and Healthy Kids Program Office*. Acedido a 20 de Setembro de 2013, em: http://chks.wested.org/resources/rydm_surveycontent.pdf.
- Cardoso, L. (2011). *Parentalidade e Problemas de Comportamento em Crianças do Pré-Escolar*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Madeira.
- Carneiro, R. S., & Falcone, E. M. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 119-126. Acedido a 25 de Março de 2013, em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a15>
- Carvalho, J. C. M. (2012). *Estudo dos efeitos de um programa de promoção da resiliência e de competências pessoais e sociais em adolescentes com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais – estudos de caso*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- Cecconello, A. M. (2003). *Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Psicologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Centro Social Paroquial de Oeiras, CSPO (2010). Acedido a 12 de Março de 2013, em <http://www.cspo.com.pt>
- Centro Social Paroquial de Oeiras, CSPO (2013). Dados fornecidos pelo Centro.

- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco – CNPCJR (2012). *Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens*. Lisboa: CNPCJR.
- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco – CNPCJR (2013). A criança em risco/perigo – conceito de risco/perigo. Acedido a 5 de Julho de 2013 em <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?13.02>.
- Costa, A. (2007). Exclusões Sociais. Cadernos democráticos, nº2, 6ª edição.
- Despacho Normativo n.º 12/98. *Diário da República nº 47 – I Série-B*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- Direção Geral de Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas. Lisboa: DGS 2004. Acedido a 20 de Abril de 2013 em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Dixon, L., Browne, K., Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parentes abused as children: a meditational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 47-57.
- Félix, Oliveira, & Faria (2008). Ficha de Avaliação da Sessão. Documento interno do Projeto de Investigação Aventura Aocial. Lisboa: FMH/UL
- Felner, R. D., Brand, S., Adan, A. M., Mulhall, P. F., Flowers, N., Sartain, B., & DuBois, D. L. (1993). Restructuring the Ecology of the School as an Approach to Prevention During School Transitions: Longitudinal Follow-Ups and Extensions of the School Transitional Environment Project. *Prevention in Human Services*, 10(2), 103-36.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33(2), 138-205.
- Freitas, E. J. F. L. F., Simões, M. C. R., & Martins, A. P. L. (2011). Impacto de um programa de competências pessoais e sociais em crianças de risco. In *Libro de actas do XI congresso internacional galego-português de psicopedagogia*, Corunha, 7-9 Set. 2011.
- Fonseca, V. (2004). Psicomotricidade, uma abordagem multidisciplinar. *A Psicomotricidade*, 3, 18-31.
- Fox, D. P., Gottfredson, D. C., Kumpfer, K. L., & Beatty, P. D. (2004). Challenges in disseminating model programs: A qualitative analysis of the Strengthening Washington DC Families Program. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(3), 165-176.
- Frey, K. S., Hirschstein, M. K., & Guzzo, B. A. (2000). Second Step: Preventing aggression by promoting social competence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(2), 102-112.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430.
- Grupo WHOQOL (1998). *Versão em Português dos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL)*. Acedido a 27 de Abril de 2013 em: <http://goo.gl/6Fzu8>
- Han, S., Catron T., Weiss B., & Marciel, K. K. (2005). A Teacher-Consultation Approach to Social Skills Training for Pre-Kindergarten Children: Treatment Model and Short-Term Outcome Effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(6), 681-693.
- Instituto Nacional de Estatística – INE. (2007). Nos próximos vinte e cinco anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens. *Instituto Nacional de Estatística*. Instituto da Segurança Social – ISS (2009). *Guia Prático – estabelecimentos integrados*. Lisboa: ISS.

- Jardim, M. J. A. (2007). *Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais: estudo para a promoção do sucesso académico*. Dissertação de Doutoramento, Departamento de Ciências da Educação – Universidade de Aveiro. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier (n.d.), Acedido a 2 de Abril de 2013, em <http://www.jf-sfxavier.pt/>
- Lamas, S. (2013). Atividades e jogos para idosos. Livpsic-2ª edição.
- Leal, C. (2008). Reavaliar o Conceito de Qualidade de Vida. Universidade dos Açores. Acedido a 4 de Agosto de 2013 em: <http://goo.gl/tsFW3>
- Lei n.º147/99 de 1 de Setembro. *Diário da República* nº 204 – I Série-A. Assembleia da República.
- Lei n.º31/2003 de 22 de Agosto. *Diário da República* nº 193 – I Série-A. Assembleia da República.
- Llinares, M., & Rodríguez, J. (2003). Psicomotricidad y necesidades educativas especiales. *Colección escuela y necesidades educativas especiales*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Mangas, A., & Toldy, T. (2010). “Viver aos bocadinhos”: O Papel do Cuidador Informal do Idosos em Contexto Domiciliário. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 7, 290-300.
- Martinez-Torteya, C., Bogat, G. A., von Eye, A., & Levendosky, A. A. (2009). Resilience among children exposed to domestic violence: the role of risk and protective factors. *Child Development*, 80(2), 562-577.
- Martins, R. M. L. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium*, 27. Acedido a 3 de Setembro de 2013 em: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium27/14.htm>
- Martins, R., Andrade, A. I., Rodrigues, M. L. (2010). A Vida... Vista pelos Idosos. *Millenium*, 39, 121 – 130.
- Masten, A. S., & Gewirtz, A. G. (2006). Resilience in development: the importance of early childhood. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-6, Acedido em Setembro 22, 2013, em <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Masten-GewirtzANGxp.pdf>.
- Matos, P. M. (2003). O conflito à luz da teoria da vinculação. In Costa, M. E. (Coord.), *Gestão de conflitos na escola* (pp.144-191). Lisboa: Universidade Aberta.
- Matos, M. G., & Tomé, G. (Coord.) (2012). *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade*, Volume 2: Intervenções com jovens e na comunidade. Lisboa: Placebo Editora.
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e Promoção da Qualidade de Vida em Idosos com Doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade*, 10, 25-33.
- Morais, A., Novais, R., & Mateus, S. (2005). Psicomotricidade em Portugal. *A Psicomotricidade*, 5, 41-49.
- Morais, C. L. R. (2011). *Os professores e os comportamentos de risco de aluno a frequentar o 1º ciclo do ensino básico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa, Portugal.
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspectiva de vinculação. *Psicologia & Sociedade*, 20(3), 367-377.
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2010). Adolescentes institucionalizados: O papel das figuras significativas na predição da assertividade, empatia e autocontrolo. *Análise Psicológica*, 28(2), 245-254
- Oliveira, D. L. C., Goretti, L. C., & Pereira, L. S. M. (2006). O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(1), 91-96.
- Pereira, A. C. (2010). Percepção do Idoso sobre o seu nível de qualidade de vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, III(2), 27-34.

- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor - da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade* 4, 88-93.
- Pinhel, J., Torres, N., & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*, 4(28). 509-521.
- Pinto, R., & Maia, A. (2009). Dos maus-tratos na infância aos comportamentos de risco na idade adulta: um modelo conceptual. In I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde, Faro, 5-7 Fev. 2009.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416.
- Programa Intervir (2013). Programa Municipal de Prevenção de Comportamentos de Risco na Cidade de Lisboa (ANEXO 5). Câmara Municipal de Lisboa.
- Regulamento Centro de Dia (2010). *Centro Social Paroquial de Oeiras*.
- Regulamento Interno Casa da Fonte (n.d.). *Santa Casa da Misericórdia*. Lisboa.
- Regulamento Lar de Idosos (2013). *Centro Social Paroquial de Oeiras*.
- Remédios, C. I. F. R. N. (2010). *O bem-estar psicológico e a promoção das competências pessoais e sociais na adolescência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa, Portugal.
- Ribeiro, N., & Sani, A. (2009). Risco, Proteção e Resiliência em Situações de Violência. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 400-407.
- Rodrigues, E. A. (1997). Menores em risco: que família de origem?. In M.R.A.C. Carneiro (Ed.), *Crianças de risco* (539-696). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Rodríguez, E. L. (2003). Intervención psicomotriz con pacientes con demência: Una Propuesta Rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 11, 13-18.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Sá, S. (2013). *Relatório de Estágio Profissionalizante em Intervenção Precoce no Centro de Desenvolvimento Infantil – Estímulo Praxis*. Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- Santos, M. A. M. (2010). *O acolhimento institucional prolongado de jovens em risco – a experiência passada de institucionalização e o seu significado actual para os sujeitos adultos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Portugal.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Schalock, R., & Verdugo-Alonso, M. (2002). *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. AAMR.
- Schalock, R., Gardner, J., & Bradley, V. (2007). *Quality of Life for people with Intellectual and Other Developmental Disabilities: applications across individuals, organizations, communities and systems*. Washington: AAIDD.
- Segrin, C., & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 43, 637-646.
- Simões, C. (2005a). *Comportamentos de risco na adolescência: estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- Simões, C. (2005b). Resiliência e saúde. In Matos, M. G. (Ed.), *Comunicação, gestão de*

- conflitos e saúde na escola* (3ª Edição) (51-60). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana Serviço de Edições.
- Simões, C. (2009). Resiliência: competência na adversidade. In Matos, M.G., & Sampaio, D. (Eds), *Jovens com saúde: diálogo com uma geração* (215-233). Lisboa: Texto Editora.
- Tomás, C., & Fernandes N. (2011). Direitos da criança em Portugal: os desassossegos dos riscos na/da infância. In *IV Encontro Maus-Tratos, Negligência e Risco na Infância e na Adolescência*, Maia, 11-12 Nov. 2011.